



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี

Factors influencing health literacy 3E2S concept among the elderly in Pathum Thani Province

อัสฎาวุฒิ โยธาสุภาพ*, ภาควิชา อุนห์เลจจิต

Aussadawut Yothasupap*, Pakpoom Ounhalekjit

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

*Corresponding Author: aussadawut.yo@vru.ac.th

Received: January 29, 2024 Revised: May 9, 2024 Accepted: May 14, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 317 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ทำการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.892 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient ทั้งฉบับเท่ากับ 0.876 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์อีตา (Eta) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation) ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple regression) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.0 และผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยระดับสังคมภาพรวมส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี สามารถร่วมทำนายความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 63.2 ($R^2=0.632$) ดังนั้น สิ่งที่ต้องดำเนินการ คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้สูงอายุ เน้นพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เลือกสื่อสุขภาพออนไลน์และฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสุขภาพให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัย, ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, 3อ.2ส., จังหวัดปทุมธานี

Abstract

This research study is a cross – sectional descriptive study. To study the level of health literacy according to the principles of 3E2S. and factors affecting health literacy according to the principles of 3E2S of the elderly in Pathum Thani Province. The study sample consisted of 317 people aged 60 years and over using multi-stage sampling. Collected using a questionnaire with an Index-Objective Congruence (IOC) was 0.892 Cronbach's Alpha Coefficient for the entire version was 0.876. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and deviation. Standard inferential statistics include Eta coefficient statistics, Pearson's Correlation coefficient, and multiple regression. The result of the study found that the majority of the sample had an overall level of health literacy at a fair level, accounting for 42.0 percent. And the results of the analysis of factors affecting health literacy found that the ability to use technology Interpersonal factors Receiving information and factors at the overall social level affecting health literacy according to the 3A.2S principles of the elderly in Pathum Thani Province, which can predict health literacy according to the principles of 3A.2S. of the sample at 63.2 percent ($R^2=0.632$). Therefore, we should have to create interactions between people in the family. Public health officials and the elderly are focusing on developing skills in accessing useful information. By selecting online health media and practicing data analysis, health personnel provide advice to ensure that the elderly maintain good health and a high quality of life.

Keywords: factors, health literacy, the elderly 3E2S, Pathum Thani province

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนมากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของจำนวนประชากรโลก ในทวีปเอเชียประเทศจีน มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 265 ล้านคน ในกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศสิงคโปร์มีประชากรสูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23 ของประชากรทั้งประเทศ สำหรับประเทศไทย มีผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน สาเหตุที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลา 1 - 2 ปี มาจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น⁽¹⁾ และประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากรายงานข้อมูลผู้สูงอายุในปี 2565 มีจำนวน 12.47 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22 ในปี 2564 มีประชากรผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2563 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด ปี 2562 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด

จากการสังเกตพบว่าจำนวนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด^(1,2)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่พบปัญหาสุขภาพกายและจิตใจอันเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น ปัญหาการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มิโรคประจำตัว ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable disease) มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มี รสหวาน เค็ม และไขมันสูง นำไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และเมื่อเจ็บป่วยก็จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความวิตกกังวล นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา โรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก⁽⁴⁾ สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขได้โดยปฏิบัติตามแนวทางลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (3อ.2ส.; ๑1

อาหาร ๒2 อารมณ์ ๒3 ออกกำลังกาย ส1 จดสูบบุหรี่ และ ส2 จดการดื่มสุรา^(๕) แนวทางปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๐.2๕. มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) อ. อาหารที่มีประโยชน์จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกัน แต่ถ้าวินิจฉัยอาหารที่ไม่มีประโยชน์ก็จะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย 2) อ. อารมณ์ คือ การจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ถ้าหากปรับตัวไม่ได้นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต 3) อ. ออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยจะช่วยกล้ามเนื้อและหัวใจและหลอดเลือดทำงานมีประสิทธิภาพ 4) ส. จดการสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค 5) ส. ลดหรืองดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^(๖) สาเหตุการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีผลการศึกษาวิจัยความรู้ด้านสุขภาพของประชากรในหลายประเทศสะท้อนว่าประชากรโลกยังมีความรู้ด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงแหล่งความรู้ทางสุขภาพ ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์เพื่อนำแนวปฏิบัติจากแพทย์ไปใช้^(๗) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะถ้าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำส่งผลให้ขาดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและการบริการด้านสุขภาพ ขาดทักษะในการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อสุขภาพและการป้องกันโรคที่ไม่ดี

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เข้าใจ ทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจและการนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ถ้าประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพที่ดีก็จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ลดความเจ็บป่วย จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ของประชากรทั้งหมดมีระดับของความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับหลัก 3๐.2๕. อยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพยังเป็นทักษะที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและเข้าถึงถึงข้อมูลเพื่อนำข้อมูลสุขภาพไปส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม^(๘, ๙) ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสามารถจำแนกออกได้ เป็น 3 ระดับ 1) ระดับพื้นฐาน

ได้แก่ ทักษะการฟังอ่านและเขียนที่มีความจำเป็นและสามารถนำมาประยุกต์ ทักษะด้านการอ่าน อาทิเช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน รวมถึงทักษะทางสังคม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ สามารถแยกแยะข้อมูลที่แตกต่างกันได้ สามารถประยุกต์เพื่อใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ระดับวิจารณ์ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารและวิเคราะห์ให้ถึงระดับวิจารณ์ เพื่อที่จะจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้วยตนเองได้ ซึ่งต้องยกระดับความรู้ทางสุขภาพจากระดับพื้นฐาน ให้เป็นระดับปฏิสัมพันธ์^(๙-1๐) ด้วยการพัฒนาการสื่อสารและสนับสนุนให้มีการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการตนเอง เพื่อเพิ่มความมั่นใจสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลได้ 3) ความรู้สุขภาพระดับวิจารณ์เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล มีผลการศึกษาวิจัยความรู้ด้านสุขภาพของประชากรในหลายประเทศสะท้อนว่าประชากรโลกยังมีความรู้ด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งข้อมูล การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น^(๙)

ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทต่อการใช้ชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยเป็นอย่างมาก การสื่อสารและหาข้อมูลเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทย (ร้อยละ 49.7) ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการติดต่อสื่อสาร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ผิดและส่งต่อข้อมูลที่ผิดนั้น ไปยังผู้อื่น ซึ่งปรากฏการณ์นี้มักเกิดในผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย⁽¹⁰⁻¹¹⁾ โดยการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพก่อนหน้านี้ได้มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3๐.2๕. โดยใช้แบบประเมินของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ^(๖) ปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3๐.2๕. โดยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะในการเรียนรู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยี

ที่แพร่หลายในปัจจุบันช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนได้ถูกต้อง⁽⁷⁾

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุหลายงานวิจัย แต่ผู้สูงอายุที่ศึกษาก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของสุขภาพ เช่น เป็นโรคภาวะสมองเสื่อม ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ทำให้การสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกันไป บางการศึกษาวิจัยได้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบทมีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน โดยเฉพาะปัจจัยในเรื่องของทักษะการเข้าถึงสื่อต่าง ๆ เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อการเลือกใช้อุปกรณ์เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ด้วยเหตุที่จังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดที่จำนวนผู้สูงอายุค่อนข้างมากและมีสภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน⁽¹²⁾ จากการสังเกตร่วมกับการสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้เหตุผลว่าชุมชนในจังหวัดปทุมธานีมีความหลากหลายทั้งชุมชนเมือง ชนบท ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจะอยู่อาศัยกับญาติพี่น้องตามลำพัง ไม่ค่อยได้มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีสาเหตุจากการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา การเลือกซื้อและการเข้าถึงสุขภาพด้วยตนเองยังไม่ถูกต้อง ในขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะอยู่กับลูกหลาน และมักมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในชุมชน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จากสถิติผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 5 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ในปี 2562-2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 104,259, 119,996, 133,527, 139,154 และ 147,795 คน ตามลำดับ⁽¹³⁾ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ สามารถเข้าถึงและเลือกสื่อความรู้เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ด้วยเหตุนี้การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี โดยผลการศึกษานี้สามารถนำไปขยายผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา อีกทั้งยังเป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเอง หรือลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันและลดการเจ็บป่วย อันเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Study) ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดปทุมธานี

การคำนวณขนาดและการสุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรในกรณีทราบจำนวนประชากรของแดนเนียล (Daniel)⁽¹⁴⁾ โดยกำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากรเป้าหมาย = 150,045 คน $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติเท่ากับ 1.96 P = อ้างอิงจากค่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร⁽¹⁵⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 แทนค่า

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2\alpha/2P(1-P)}$$

$$= \frac{150045 \times 1.96^2 \times 0.27 \times (1-0.27)}{((150045-1)0.05^2) + (1.96^2 \times 0.27(1-0.27))}$$

$n = 300.40$ หรือประมาณ 301 คน

เพื่อป้องกันปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้⁽¹⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้ทั้งหมด 317 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ 1) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเขตพื้นที่ (Area Cluster Sampling) ตามอำเภอในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย 7 อำเภอ 2) คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายอำเภอ 3) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอให้ครบจำนวน 317 คน ดังตารางที่ 1 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดปทุมธานี 2) มีสัญชาติไทย สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยไม่ได้รับการ

ตารางที่ 1 จำนวนและสัดส่วนการสุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอ ในจังหวัดปทุมธานี

อำเภอ	จำนวน (คน)	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง
เมืองปทุม	34,189	72
คลองหลวง	29,048	61
ธัญบุรี	25,422	54
หนองเสือ	8,900	19
ลาดหลุมแก้ว	10,701	23
ลำลูกกา	30,709	65
สามโคก	10,988	23
รวม	150,045	317

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2566 โดยใช้การสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี

ส่วนที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประเด็นข้อคำถาม ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูล

บอกข้อมูลการศึกษาวิจัยอย่างครบถ้วน 4) เป็นผู้สูงอายุไม่คิดเตียง 5) เป็นผู้สูงอายุที่ยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) มีคุณสมบัติครบถ้วนแต่ติดธุระหรือไม่สามารถติดต่อในช่วงเวลาเก็บข้อมูล 2) มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในตอนแรกแต่ต่อมาขอเลิกหรือถอนตัวจาก การให้ข้อมูลในระหว่างการสอบถามข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม

ข่าวสารกับบุคคลอื่น การเชิญชวนบุคคลอื่นให้ใส่ใจข้อมูลด้านสุขภาพ การทำกิจกรรมร่วมกัน การช่วยเหลือผู้อื่นด้านสุขภาพ การสร้างความเชื่อมั่นในกับบุคคลอื่น เป็นต้น

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แปลผลตามแนวคิดของ Bloom⁽¹⁷⁾ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 1 - 5 คะแนน

แปลผลตามแนวคิดของบรูม (Bloom)⁽¹⁷⁾ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยใช้แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วย 6 ด้าน เกณฑ์การแปลผลโดยนำคะแนนทั้ง 6 ด้านมารวมกับแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (0 - 40.79) ระดับพอใช้ (40.80 - 47.59) ระดับดี (47.60 - 54.39) และ ระดับดีมาก (47.60 - 54.39) ความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 6 คะแนน การแปลผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (0.00 - 3.59) ระดับถูกต้องบ้าง (3.60 - 4.19) ระดับถูกต้อง (4.20 - 4.79) และระดับถูกต้องที่สุด (4.80 - 6.00)

2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 2 - 10 คะแนน การแปลผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (0.00 - 5.99) ระดับพอใช้ (6.00 - 6.99) ระดับดี (7.00 - 7.99) และระดับดีมาก (8.00 - 10.00)

3) ด้านการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3 - 15 คะแนน การแปลผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (0.00 - 8.99) ระดับพอใช้ (9.00 - 10.49) ระดับดี (10.50 - 11.99) และระดับดีมาก (12.00 - 15.00)

4) ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3 - 15 คะแนน การแปลผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (0.00 - 8.99) ระดับพอใช้ (9.00 - 10.49) ระดับดี (10.50 - 11.99) และระดับดีมาก (12.00 - 15.00)

5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 2 - 10 คะแนน การแปลผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (0.00 - 5.99) ระดับพอใช้ (6.00 - 6.99) ระดับดี (7.00 - 7.99) และระดับดีมาก (8.00 - 10.00)

6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก โดยตัวเลือกใน

แต่ละข้อคำถามจะมีคะแนนกำกับไว้ตั้งแต่ 1 คะแนน จนถึง 4 คะแนน คะแนนรวม ทั้ง 3 ข้อ อยู่ระหว่าง 3 - 12 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.892 และนำไปทดลองใช้ (Try Out) เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรวิธีการหา Alpha Coefficient⁽¹⁸⁾ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ทั้งฉบับเท่ากับ 0.876

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta) กรณีสถิติตัวแปรต้นเป็นตัวแปรประเภทมาตรนามบัญญัติ (Nominal scale) หรือมาตราอันดับ (Ordinal scale) และใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กรณีสถิติตัวแปรต้นเป็นตัวแปรประเภทมาตราอันตรภาค (Interval scale) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) จากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่รับรอง 0019/2566 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.1 มีอายุเฉลี่ย 66.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.6 ปี มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 69.1 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่อยู่บ้าน ไม่ได้มีอาชีพ/เป็น

แม่บ้าน/ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 36.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9434.3 บาท ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 66.2 มีความสามารถในการได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 80.1 มีความสามารถในการพูดได้คล่อง คิดเป็นร้อยละ 94.6 มีความสามารถในการอ่านได้คล่อง 66.2 มีความสามารถในการเขียนได้คล่อง คิดเป็นร้อยละ 70.3 และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี/สมาร์ตโฟน/คอมพิวเตอร์คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง คิดเป็นร้อยละ 54.3

ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.7 ดังตารางที่ 2

ปัจจัยระดับสังคม พบว่า ภาพรวมปัจจัยระดับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.2 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.2 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.1 ด้านการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่สำรวจ จำแนกตามระดับของปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม (n=317)

ปัจจัย	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	141(44.5)	91(28.7)	85(26.8)
ปัจจัยระดับสังคม			
แรงสนับสนุนทางสังคม	156(49.2)	81(25.6)	80(25.2)
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	132(41.6)	165(52.1)	20(6.3)
การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ	109(34.4)	194(61.2)	14(4.4)
ภาพรวมปัจจัยระดับสังคม	122(38.5)	178(56.2)	17(5.4)

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 40.1 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 53.9 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 45.1 ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่

อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 64.0 ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.7 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 39.1 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน

ความรู้ด้านสุขภาพ	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	-	59 (18.7)	87 (27.4)	171 (53.9)
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	143 (45.1)	95 (30.0)	57 (18.0)	22 (6.9)
การสื่อสารด้านสุขภาพ	15 (4.7)	35 (11.0)	203 (64.0)	64 (20.3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	97 (30.6)	68 (21.5)	147 (40.7)	23 (7.2)
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	124 (39.1)	63 (19.9)	97 (30.6)	33 (10.4)
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	184 (58.0)	95 (30.0)	23 (7.3)	15 (4.7)
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	37 (11.7)	127 (40.1)	133 (42.0)	20 (6.2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานีพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี/สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์

ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ และปัจจัยระดับสังคมภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	Correlation coefficient	p-value
เพศ	0.417 ¹	0.072
อายุ (MIN=60, MAX=82)	-0.073 ²	0.196
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.129 ²	0.022
สถานภาพสมรส	0.376 ¹	0.115
ระดับการศึกษาสูงสุด	0.476 ¹	0.184
อาชีพปัจจุบัน	0.347 ¹	0.203
โรคประจำตัว	0.433 ¹	0.098
ความสามารถในการมองเห็น	0.387 ¹	0.064
ความสามารถในการได้ยิน	0.404 ¹	0.087
ความสามารถในการพูด	0.438 ¹	0.235
ความสามารถในการอ่าน	0.374 ¹	0.090
ความสามารถในการเขียน	0.365 ¹	0.102
ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี/สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์	0.329 ¹	0.045
ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.249 ²	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.113 ²	0.018
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	0.617 ²	<0.001
การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ	0.422 ²	<0.001
ปัจจัยระดับสังคมภาพรวม	0.638 ²	<0.001

¹ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta

²ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient (r)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยใช้ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) วิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามอยู่ในระดับมาตรวัดอัตราภาค (ตัวแปรความสามารถในการใช้เทคโนโลยี/สมาร์ตโฟน/คอมพิวเตอร์ แปลงเป็นตัวแปร Dummy Variable) 2) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน (Multicollinearity) โดยทดสอบความแปรปรวน (Variance Inflation Factors) โดยใช้สถิติ Collinearity diagnostic ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าระหว่าง 0.519 - 0.985 (ไม่เกิน 1) และค่า Variance Inflation Factor ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า น้อยกว่า 10

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่ส่งผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี

ตัวแปร	b	Beta	t	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X_1)	0.000010	0.016	12.966	0.656
ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี/สมาร์ตโฟน/คอมพิวเตอร์ (X_2)	0.692	0.176	2.536	0.012
ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (X_3)	0.811	0.176	4.556	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_4)	-0.022	-0.005	-0.130	0.896
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (X_5)	3.542	0.452	9.437	<0.001
การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ (X_6)	-0.0117	-0.014	-0.300	0.764
ปัจจัยระดับสังคมภาพรวม (X_7)	3.758	0.480	13.021	<0.001
Constant (a)=18.798	$R^2=0.632$	Adjusted $R^2=0.624$	F=75.828	p-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญที่ช่วยในการพัฒนาทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ คิดวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ⁽⁸⁾ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาว่ามีผลต่อการสร้างเสริม

ดังนั้นจึงสรุปได้ ว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีระดับความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน 4) ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ โดยการใช้ Kolmogorov - Smirnov Test โดยพบว่า มีระดับนัยสำคัญที่มากกว่า 0.05 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า มีอำนาจการทำนาย (R^2) 0.632 ซึ่งหมายความว่า สามารถพยากรณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 63.2 จากการเข้าสมการ พบว่า ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี/สมาร์ตโฟน/คอมพิวเตอร์ (X_2) ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (X_3) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (X_5) และปัจจัยระดับสังคมภาพรวม (X_7) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.05 ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้ $\hat{Y} = 18.798 + 0.692X_2 + 0.811X_3 + 3.542X_5 + 3.758$

สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สุขภาพ ในผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.0 ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

ได้ถูกต้อง กล่าวคือ อยู่ในระดับที่สามารถอ่าน ออก เขียนได้ แต่ยังไม่ถึงขั้นปฏิสัมพันธ์และคิดอย่างมีวิจารณญาณ⁽⁵⁾ ผลการอภิปรายในแต่ละด้านเป็นดังต่อไปนี้

ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี /สมาร์ตโฟน/ คอมพิวเตอร์ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($p<0.05$) พบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ผ่านสมาร์ตโฟนนั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำเนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีโอกาสในการเรียนรู้และใช้สารสนเทศน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของหลิวและคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีน พบว่า ผู้สูงอายุชาวจีนมีความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสมาร์ตโฟนอยู่ในระดับดี เพราะมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ นักส่งเสริมสุขภาพคอยให้คำแนะนำในการสืบค้นข้อมูลจากช่องทางออนไลน์ผ่านสมาร์ตโฟน ผู้สูงอายุจึงสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ คำนร ศรีวงศ์ษา⁽²⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานพบว่าปัจจัยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานได้ เพราะเนื่องจากในปัจจุบันสื่อข้อมูลสุขภาพออนไลน์ มีจำนวนมาก เช่น ข้อมูลโฆษณาเกี่ยวกับอาหารเสริม รูปแบบการออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดจากข้อมูลบางอย่างที่อาจไม่เป็นความจริง ทางหน่วยงานควรจะต้องเพิ่มมาตรการในการตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องและ เสริมทักษะการ เข้าถึงข้อมูล การรับรู้เท่าทันสื่อให้กับประชาชน เพื่อช่วยคัดสรรสื่อที่มีคุณภาพ มีข้อเท็จจริงและก็สามารถเชื่อถือได้จะช่วยให้ประชาชน สามารถคัดเลือกและนำความรู้ที่ได้เอามาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁰⁾

ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($p<0.05$) เนื่องจากลักษณะชุมชนที่ผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานีอาศัยอยู่มีความหลากหลายทั้งเป็นลักษณะชุมชนที่เป็นชนบท เช่น อำเภอหนองเสือ เป็นต้น เมื่อมีเจ้าหน้าที่ไปจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือ

ในการทำกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงที่พบว่าผู้สูงอายุมีทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับดี เพราะชุมชนของชาวกระเหรี่ยงเป็นชุมชนแบบชนบทมีความสัมพันธ์อันดี คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำเมื่อเจ็บป่วย⁽²¹⁾ ในขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากบริบทพื้นฐานของชุมชน ดังนั้นการสร้างเสริมเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสร้างกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสนทนาผ่านตัวโครงการส่งเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. มีส่วนที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะของตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม จำนวน 1 - 4 ครั้งต่อเดือน มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน เนื่องจากมีกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสุขภาพ เช่น กิจกรรมเสนอเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ และกิจกรรมสนทนาปัญหาสุขภาพและให้ตัวแทนกลุ่มออกมาพูด เป็นต้น⁽²²⁾

การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพ ($p<0.05$) ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะช่วยให้เกิดทักษะในการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ เช่น การเลือกอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย หรือ การรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง มีสติอยู่ ข้อดีของการปล่อยวางจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพใน ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าควรเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ เนื่องจากผู้สูงอายุในกรุงเทพที่มีความเป็นเมืองสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถใช้มือถือสมาร์ตโฟนในการเข้าถึงสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และเชื่อถือได้แก่ผู้สูงอายุ เพราะสื่อสังคมออนไลน์มักจะมีการแชร์ข้อมูลสื่อที่ผิด

ทำให้เกิดความสับสนในการเลือกสื่อ และนำสื่อที่ผิดมาใช้ ก็จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ^(8, 22-23) นอกจากนี้ยังสอดคล้องในการศึกษาของ ทรรคณีย์ บุญมั่น พบว่าทักษะการรู้เท่าทันสื่อจะช่วยคัดสรรสื่อที่มีคุณภาพมีข้อเท็จจริง สามารถเชื่อถือได้ทำให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานสามารถคัดเลือกและนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติเพื่อเป็นพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้อย่างดียิ่งขึ้น⁽²⁴⁾

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้การให้กำลังใจจากคนในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมสามารถร่วมทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เพราะถ้าผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังจะเกิดความเครียดต่อการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจเพราะไม่ได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือญาติพี่น้อง⁽²⁵⁾ นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพ เช่น แพทย์ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดโดยรู้จักค้นหาข้อมูลและนำมาใช้ได้อย่างถูกต้อง⁽²²⁾ ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยด้านสังคมซึ่งประกอบไปด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และ ปัจจัยระดับสังคมภาพรวม จะช่วยยกระดับสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่ปกติหรือมีโรคประจำตัวสามารถสามารถเลือกสิ่งที่มีประโยชน์มาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง^(25, 27-28)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี/ สมาร์ทโฟน/ คอมพิวเตอร์ ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปัจจัยระดับสังคมภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยทั้งหมดมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.79 ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กับผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เสริมทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การได้พูดคุยสนทนาจะช่วยเพิ่มทักษะการกล้าคิดกล้าแสดงออก ร่วมกับเพิ่มทักษะในการได้รับข้อมูลและเท่าทันสื่อเนื่องจากสื่อปัจจุบันมีจำนวนมากเข้าถึงได้ง่ายทำให้ต้องสอนทักษะการเลือกสื่อ เข้าถึงสื่อที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย สามารถร่วมทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 30.4 กล่าวคือ การเลือกสื่อที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ ด้วยหลัก 3อ. คือ อาหาร การรับประทานอาหารที่มีรสจืด ลดอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม อารมณ์ การฝึกควบคุมอารมณ์ และ การควบคุมกับกับการออกกำลังกาย ในรูปแบบที่ไม่หนักเกินไป เป็นต้น และให้ผู้สูงอายุได้นำไปปฏิบัติและติดตามผลพบว่าค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเกณฑ์⁽²⁷⁻²⁸⁾ สรุปได้ว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและเท่าทันสื่อ การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะด้านการมีปฏิสัมพันธ์ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้และคอยกำกับ ให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และหน่วยบริการสุขภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงไปเพื่อเกิดความเหมาะสมได้ โดยเฉพาะ การเข้าถึงข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลแก่กลุ่มผู้สูงอายุ เช่น มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ.2ส. ติดตามประเมินผล การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ หรือใช้นโยบายเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านและติดตามให้ข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเขตเมือง รวมทั้งเขตชนบททำให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาจากกลุ่มประชากรอื่นร่วมด้วยเพื่อเป็นการขยายผลทางการศึกษาให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนายทำให้เพียงทราบตัวแปรที่คาดว่าจะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพเท่านั้นเพื่อให้ผลการศึกษามีความชัดเจนยิ่งขึ้นควรนำตัวแปรที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Situation of the Thai elderly. Bangkok. Amarin Corporation Public Company Limited 2022. Available from <https://thaitgri.org/?p=40208>.
2. Ministry of Interior (TH), Department of Provincial Administration . Criteria for dividing the Thai population of the Royal Institute. [internet]; 2022 [cited 2023 June 10] .Available from: https://www.oic.go.th/ginfo/page1_en.asp?i=222%22432%22422&m=s&p=Ministry&o=Ministry+of+Interior. (in Thai)
3. National Statistical Office. ICT Statistics [Internet] . 2019 [cited 2020 December 17]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/16.asp>. (in Thai)
4. Duangina T, Panuthai S , Suwankruhasn N . Food consumption behaviors and nutritional status in dependent older persons. Nursing Journal CMU 2020; 47(1): 231-41. (in Thai)
5. Health Education Division. Promotion and evaluation of health literacy and health behavior. Nonthaburi ; 2018 Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai)
6. Sukcharoen P, Thongied K, Rakhab A. The perception pathway of elderly people: Lesson Learned from Elderly School. Journal of Humanities and Social sciences Surattani Rajapat [Internet]. 2019 [cited 2024 April 12]; 11(1): 60-81. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhsc/article/view/179044>
7. Grinberg N, Joseph K, Friedland L, Swire-Thompson B, Lazer D. Fake news on twitter during the 2016 U.S. presidential election. Science 2019; 363(6425): 374-8.
8. Srithanee K. Factors related to quality of life of the elderly in the central North-Eastern Provinces. Journal of Health Science of Thailand (JHS) Thai [Internet]. 2017 [cited 2024 April 12]; 26(4): 690-701.
9. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016; 25(3):43-54. (in Thai)
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3): 259–67.
11. Manganello, Jennifer A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health education research 2008; 23(5): 840-47.
12. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A . Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. J Educ Health Promot. 2012; 1(1): 31.
13. Pathum Thani Provincial Public Health Office. Population by gender, age group, and year in Pathum Thani province 2022 [cited 2024 April 12] . Available from: https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0.
14. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.

15. Jaidee N, Ramang R, Krinwanit N, Phorawat R. Health intelligence of the elderly in Mueang District. Kamphaeng Phet Province. A follow-up report from the 6th National Academic Conference of the Research and Development Institute. Kamphaeng Phet Rajabhat University; 20 December 2019: 1312-2
16. Chaimael P. Public health research methods. 3rd ed. Nam Silp Advertising Company Limited, Hat Yai District, Songkhla Province: Thaksin University Book Center; 2014
17. Bloom B S. Taxonomy of educational objectives, handbook: The cognitive domain. David McKay, New York 1956.
18. Cronbach Lee J. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row. 1974
19. Liu Y-B, Liu L, Li Y-F & Chen Y- L. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015; 12: 9714-25. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>
20. Sriwongsa K. A health literacy guideline on health promotion behaviors for working age population in Samutsongkhram Province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University* 2023 ; 8(1): 56-69.
21. Prapakorn Y, Chintanawat R, Tamdee D. Health literacy and health promoting behaviors among Karen older persons. *Nursing Journal CMU*; 48(1): 67-79. (in Thai)
22. Nilnet W. Health intelligence of Thai elderly. in the elderly club in the area Bangkok. Doctor of Science Thesis, Chulalongkorn University. Bangkok. 2014
23. Deenamjued W, Srisang P. Health literacy of healthy aging among elderly people in Bangkok Metropolitan: A case study for promoting health literacy elderly. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2019; 63 (Supplement): S73-82. (in Thai)
24. Bunman T. Health literacy factors Influencing on health behaviors 3E 2S of population in Mueang Sukhothai District, Sukhothai Province. *Northern Journal of Science and Technology* 2023; 4(1): 137-52.
25. Angkasit K, Trisaeng A, Panyadee C, Kaewthip S. Health literacy and factors related to health literacy of the elderly in San Sai District, Chiang Mai Province. *Journal of MCU Peace Studies* 2023; 11(1): 267-79. (in Thai)
26. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient education and counseling* 2010; 79(1): 36-42.
27. Wannapake C, Phatisena T. Relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Talad Sub-District, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*: 176-85.
28. Auttama N, Seangpraw K. Factors predictor health literacy among older adults with risk hypertension disease, Phayao province. *Journal of Health Education* 2019; 42(2): 75-85. (in Thai)