

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Heath literacy and health behaviors 3Aor 2Sor among elderly in Pho Yai Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

นิยม จันทรินวล^{1*} สุมาลี สมชาติ²

¹กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Niyom Junnual^{1*} Sumaree Somchat²

¹Public Health Sub-Division, College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University

²Bachelor of Public Health, College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University

*Correspondence author: Email: niyom.j@ubu.ac.th

(Received: May 20, 2020; Revised: June 28, 2020; Accepted: July 9, 2020)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของสังคมไทย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 130 คน โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2561 พัฒนาโดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.926 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Pearson Correlation ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 64.60 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.อยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.80 และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.351$, $p < 0.01$) ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ผู้สูงอายุ

Abstract

Thailand is stepping into an aging society, therefore, health care for the elderly is an extremely important job of Thai society. The purpose of this cross-sectional descriptive study was to study health literacy among elderly people, health behaviors 3Aor 2Sor, and analyze the relationship health literacy and health behaviors 3Aor 2Sor. Data collection with 130 older people in Yai Sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Using an assessment form developed by Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health regarding health literacy and health behavior 3Aor 2Sor, used for people aged 15 years and over (revised in 2018). Reliability of research tool was tested using Cronbach's alpha, yielding a value of 0.926. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation. The results showed that health literacy of the elderly had a low level of 64.60 percent. Health behaviors 3Aor 2Sor had a good level of 33.80 percent. Health literacy was positively correlated with health behavior at a low level ($r = 0.351$, $p < 0.01$). Results from this study can be used as a basic information for planning and enhancing health literacy to be suitable for the elderly health status.

Keywords: Health Literacy, Health behaviors, 3Aor 2Sor, Elderly

1. บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นงานที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุป่วยหรือรู้สึกไม่สบายเฉลี่ยประมาณ 3 ครั้งต่อเดือน โดยกลุ่มโรคที่ป่วยมากที่สุดสามลำดับแรกคือ โรคระบบเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจหลอดเลือด⁽¹⁾ สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุคือโรคเรื้อรัง โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 262 คน โรคเบาหวาน 185 คน โรคไขมันในเลือดสูง 119 คน โรคไตเรื้อรัง 26 คน โรคไตวายเรื้อรัง 8 คน โรคหืด 4 คน โรคหลอดเลือดสมอง 3 คน โรคหัวใจจากความดันโลหิต 3 คน โรคหัวใจขาดเลือด 2 คน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 คน⁽²⁾ จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคที่มีมากในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้นโยบายและทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy) มากขึ้นตามเป้าประสงค์ (Goal) ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและการตายจากที่ป้องกันได้ลดลง” โดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านสุขภาพได้⁽³⁾

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีผลต่อความ

สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และสติปัญญา มีความรู้เท่ารู้ทันต่อสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพ⁽⁴⁾ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ⁽⁵⁾ มีความสำคัญที่ทำให้เกิดสุขภาพดี ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพราะบุคคลจะสามารถตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้รับ และเข้าใจจนนำไปใช้ได้⁽⁶⁾ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน⁽⁷⁾ จากการทบทวนเอกสารความรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็นต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก หากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือหากผู้สูงอายุขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นหรือทำให้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้⁽⁸⁾ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งในจังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 902 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (0.3)⁽⁹⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 130 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุทั้ง 13 หมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถเข้าใจ และสื่อสารด้วยภาษาไทย มีความเต็มใจใน

การให้ข้อมูล เกณฑ์ในการคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ตามแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Mental State Examination: MMSE- Thai 2002) มีคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน และผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตามแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน มีคะแนนต่ำกว่า 9 คะแนน หรือมีความพิการทางการพูดและ/หรือการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 พัฒนาโดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ตอน รวม 39 ข้อ ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การมีโรคประจำตัว ผู้ดูแลในปัจจุบัน สิทธิการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. แบบถูกผิด 4 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22-0.94 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.53-0.89 และ ค่าความเชื่อมั่น KR 20 เท่ากับ 0.516

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (1-5) วัดความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ไม่เคย/ไม่ได้ปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (item-total correlation) อยู่ระหว่าง 0.482-0.676 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.788

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ เป็นการประเมินค่า 4 ระดับ (1-4) ตั้งแต่การตัดสินใจที่ไม่ดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น จนถึงการตัดสินใจที่ดีและถูกต้องที่สุด มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (item-total correlation) อยู่ระหว่าง 0.405-0.451 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.602

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (1-5) วัดความถี่ของการปฏิบัติโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ จนถึง

ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (item-total correlation) อยู่ระหว่าง 0.353-0.529 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.673

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Komolgorov-Smirnov test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกประเด็น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้ง ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ได้ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

3. ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.80 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-75 ปี) ร้อยละ 60.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.20 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 96.20 ไม่ได้มีอาชีพหรือทำงานบ้าน ร้อยละ 73.80 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.70 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.40 โรคไขมัน ร้อยละ 21.10 อาศัยอยู่กับบุตรหรือหลาน ร้อยละ 80.0 สิทธิรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 30 บาท) ร้อยละ 88.50

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับไม่ต่ำ ร้อยละ 64.60 โดยมีผู้สูงอายุเพียงจำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.30) ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง/ไม่ดี จำนวน 5 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สำหรับด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 33.80 และระดับพอใช้ ร้อยละ 23.90 ดังแสดงในตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.351$, $P<0.01$) ด้านการจัดการตนเองมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.304$, $P<0.01$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.311$, $P<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n=130 คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน (ร้อยละ)			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
ความรู้ ความเข้าใจ	18 (13.8)	0	26 (20.0)	86(66.2)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	32 (24.6)	23 (17.7)	31(23.9)	44(33.8)
การสื่อสารสุขภาพ	7 (5.4)	6(4.6)	29(22.3)	88(67.7)
การจัดการตนเอง	6 (4.6)	8(6.2)	28(21.5)	88(67.7)
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	59 (45.4)	11(8.5)	28(21.5)	32(24.6)
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	19 (14.6)	22(16.9)	43(33.1)	46(35.4)
ความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	3 (2.3)	4 (3.10)	39(30.0)	84(64.6)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. (n=130 คน)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก (24.00–30 คะแนนหรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	25	19.20
ระดับดี (21.00–23.99 คะแนนหรือ $\geq 70\%$ – $<80\%$ ของคะแนนเต็ม)	44	33.80
ระดับพอใช้ (18.00–20.99 คะแนนหรือ $\geq 60\%$ – $<70\%$ ของคะแนนเต็ม)	31	23.90
ระดับไม่ดี (0–17.99 คะแนนหรือ $<60\%$ ของคะแนนเต็ม)	30	23.10

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ (n=130 คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)
ความรู้ ความเข้าใจ	-0.038
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.004
การสื่อสารสุขภาพ	0.148
การจัดการตนเอง	0.304**
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.140
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.311**
ความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	0.351**

** $p<0.01$

4. อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 94.60 อยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลต่อการทำความเข้าใจ ความรู้หรือวิธีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุมีการจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้น้อยและลืมง่าย ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของประไพพิศ สิงห์เสมและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในผู้สูงอายุตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง ที่พบผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี ร้อยละ 51.70 เช่นเดียวกับการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ⁽¹¹⁾ และการศึกษา

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ที่พบว่ามีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 50.30⁽¹²⁾ รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาในผู้สูงอายุของประเทศอิหร่าน พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 79.6⁽¹³⁾ และเมื่อพิจารณาผลความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง/ ไม่ดี 5 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ที่พบ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลัก 3อ.2ส. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และการจัดการตนเอง ในระดับไม่ดี⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของประไพพิศ สิงห์เสมอและคณะ⁽¹⁰⁾ ในผู้สูงอายุตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเท่านั้นที่อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งหากยังคงมีสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับนี้ สังคมก็จะมีประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำหรือไม่เพียงพอมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะผู้สูงอายุมีส่วนส่วนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับประชากรช่วงวัยอื่น โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวม

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 33.80 ไม่สอดคล้องกับการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีบางครั้งอาจมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุได้รับคำบอกกล่าวหรือแนะนำจากเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลอื่น โดยผู้สูงอายุอาจไม่ทราบเหตุผล หรือมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนแต่ก็ปฏิบัติตาม นอกจากนี้การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบประเมินเป็นเพียงความรู้ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมหรือเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมดใน 5 ด้าน ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง⁽¹⁰⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

สุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสมสุข ภาณุรัตน์และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่าพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ และการศึกษาในผู้สูงอายุตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง⁽¹⁰⁾ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านกับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีก็จะทำให้มีพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ที่ว่าประเทศไทยต้องการให้คนในประเทศมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะเชื่อว่าจะส่งเสริมการป้องกันโรค ลดภาวะของการเจ็บป่วยได้ สำหรับความรอบรู้สุขภาพรายด้าน พบว่าการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรางค์และวิทยา จันทร์หา⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท ที่พบว่าการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนเราที่มีการตัดสินใจได้ถูกต้องมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมที่ดี และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับประไพพิศ สิงห์เสมอและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง ซึ่งการจัดการตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย โดยถ้าบุคคลมีการจัดการตนเองที่ดีจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

5. สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ต่ำ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละชุมชน ช่วงอายุ และความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ให้ครอบคลุมองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ควบคู่ไปกับการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือการออกแบบ

นวัตกรรมในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้พร้อมทั้ง

6. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการท้าวิจัยรวมถึงให้การอนุเคราะห์บุคลากรและสถานที่ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่. รายงานสุขภาพประชาชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2561. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่; 2562.
3. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. ชาตรี แมตส์ และศิริวิไลซ์ วรรัตน์วิจิตร. การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9(2):96-111.
5. นิหระ กิจธีระวุฒิวงษ์. การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 8(2):68-75.
6. Chang P. Health literacy movement in Asia. Proceedings of the^{10th} Conference on health promotion and environmental health, Ministry of Public Health, Prince Palace, Bangkok. 2017.
7. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 2558. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
8. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2561.
9. Cohen JM, & Uphoff NT. Rural Participation: Concepts and Measures of Project Design, Implementation and Evaluation. USA: The Rural Development Committee Center International Studies, Cornell University; 1977.
10. ประไพพิศ สิงหเสน, พอเพ็ญ ไกรนรา และวราภรณ์ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562; 11(1):37-51.
11. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 26-36.
12. สมสุข ภาณุรัตน์และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลตำรวจ 2562; 11(1):86-94.
13. Javadzade SH, Sharirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. Journal of Education and Health Promotion 2012; 1(31): 1-7.
14. วรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2561; 24(2):34-51.