



โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ : วิจัยแบบผสมผสานวิธี

ฉัตรศม์ ภูงค์ชัย M.Sc.* ภักวรินทร์ ภักศิริสมบุญ M.N.S.**

ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง M.P.H.* ปารีชาติ ญาตินิยม PhD***

จิรัชญา เหล่าคมพุดชาจารย์ PhD****

(วันรับบทความ: 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 22 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 23 มีนาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 352 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขภาพของกองสุขภาพแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ .86, .80 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 33 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และร่วมพัฒนาโปรแกรม โดยใช้แบบสนทนากลุ่มย่อยและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรม จาก 3 หมู่บ้าน จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มควบคุม 33 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระยะที่ 2 พบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและขาดความรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ 2) การสร้างโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ 4 กิจกรรม ดังนี้ (1) อบรมให้ความรู้และคู่มือที่ทันสมัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในผู้สูงอายุ (2) พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องผู้สูงอายุกินดี ฟันดี ด้านโรค (3) ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารจัดการใจ (4) ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ และ 3) หลังการทดลองใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: phakwarin.p@rbru.ac.th Tel: 088-8799835



The Program for Enhance Health Literacy of the Older People: A Mixed Method Study

Thanyarat Phuchongchai M.Sc.^{*} Phakwarin Phattharasirisomboon M.N.S.^{**}

Natpapat Nuansithong M.P.H.^{*} Parichat Yatniyom PhD^{***}

Jiratchaya Laokhompruttajan PhD^{****}

(Received Date: February 13, 2023, Revised Date: March 22, 2023, Accepted Date: March 23, 2023)

Abstract

This mixed method research aimed to develop and assess the effectiveness of a program for enhancing the health literacy of older people. The research was conducted in 2 phases. Phase 1 was survey-based research with 352 participants aged 60 years and older who were recruited into the study using simple random sampling. The data were collected using the Health Education Division 's health literacy assessment form; the health behavior questionnaires to prevent non-communicable diseases, epidemic diseases, and elderly's vital epidemic diseases; and the World Health Organization quality of life assessment form. To ensure their reliability, the Cronbach's alpha coefficients of the research instruments were assessed and were .86, .80 and .89, respectively. The Phase 1 data was analyzed using descriptive statistics. Phase 2 was action research involving 33 major key informants consisting of elderly group members, elderly care takers, community leaders, public hospital health officers, and health volunteers working with the elderly. The KIs provided data related to the elderly's health problems and co-developed the program through focus groups and interviews. Content analysis was used to analyze the qualitative data. The program was subsequently implemented with a group of 66 older people from three villages who were purposively sampled into the study and divided into experimental and control groups with 33 participants each. T-tests were used to analyze the data.

The results of Phase 1 of the study revealed that the elderly's overall health literacy, their health behaviors for preventing diseases, and their quality of life were at the "fair", "good", and "moderate" levels, respectively. Phase 2 revealed the following three major findings. First, most of the elderly had a chronic illness, lacked knowledge needed for self-health care-taking, and lacked sufficient health literacy to effectively access health information from online media. Secondly, the elderly's health literacy program development included 4 activities, specifically: (1) an educational training program via video (VDO) covering health changes in the elderly, (2) group sharing sessions to promote the elderly's ability to eat well; have good, healthy teeth; and prevent themselves from getting sick, (3) an exercise training program to strengthen their physical and mental health, and (4) skill training related to accessing online health information and media literacy. Lastly, after the program's completion, the experimental group's overall levels of health literacy and quality of life had improved to the "good" level and their overall health behaviors for preventing diseases had also increased to the "very good" level. Additionally, the mean scores for the health literacy, health behaviors for preventing diseases, and quality of life of the experimental group were statistically significantly higher than those of the control group at $p < .05$. Therefore, this study can provide fundamental information for further research into enhancing the quality of life related to health literacy among the elderly.

Keywords: program, health literacy, older people

^{*} Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{**} Instructor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

^{***} Instructor, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{****} Instructor, Department of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{**} Corresponding author, E-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th Tel: 088-8799835



บทนำ

นโยบายและทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุคศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านสุขภาพได้¹ โดยความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในทางความรู้ ความคิด และทักษะการใช้ชีวิตรวมถึงการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะนำตนเองไปสู่การมีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา มีความรู้เท่าทันต่อสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะนำมาสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยอันตรายต่าง ๆ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกด้าน² สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่พบว่า ถึงแม้ว่าความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง แต่ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ ดังนั้นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจึงอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ คุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁴ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนสินทรัพย์ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายใน ตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยความรอบรู้ ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและ 6) ทักษะการตัดสินใจ⁵

ปัจจุบันจังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,124,924 คน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 211,820 คน คิดเป็นร้อยละ 18.83 ซึ่งจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2573 ของจังหวัดชัยภูมิ จะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) มีดัชนีการสูงวัยที่แสดงถึงการมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็กร้อยละ 20.88 และข้อมูลการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังต่าง ๆ พบว่าอำเภอเมืองชัยภูมิ มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 29,149 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนตำบลนาฝาย ซึ่งอยู่ในอำเภอเมืองชัยภูมิ มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 33 และยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มสาเหตุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยพบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 35⁶ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุว่ายังคงมีอยู่ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกายต่าง ๆ ซึ่งความเสื่อมถอยนั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้ง่าย



จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาและใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น อาทิเช่นการศึกษาเรื่องการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทุกด้านของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบไปด้วย 1) การประเมินสุขภาพเบื้องต้น 2) การอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองในยุคชีวิตวิถีใหม่ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ที่พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

จากข้อมูลข้างต้นเป็นการศึกษาการพัฒนาแบบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและเฉพาะโรค ซึ่งการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดชัยภูมิ การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และเป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี ยังพบค่อนข้างน้อย โดยผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรม ร่วมกับการศึกษาแบบผสมผสานวิธีดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาจากวิธีนี้จะสามารถเสริมต่อกันและอธิบายขยายความผลการศึกษา ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองอันจะส่งผลต่อผู้สูงอายุในการลดภาวะทุพพลภาพจากโรคเรื้อรัง ชะลอความเสื่อมตามวัย ลดภาวะพึ่งพา มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี เพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ ประกอบไปด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะทางปัญญา 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ⁵ โดยพัฒนาโปรแกรมผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมกลุ่มย่อย การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมจะเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับสูงขึ้นไปและอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นด้วย จากแนวคิดและทฤษฎี นำมาวิเคราะห์สร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method research) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานี้จะถูกกำหนดจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,899 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางของเครจซีและมอร์แกน¹⁰ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 320 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียและความเสียหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 355 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้วงจร PAOR แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan: P) ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action: A) ขั้นสังเกตและบันทึกผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observer: O) และขั้นสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน (Reflect: R) ในระยะนี้ผู้วิจัยนำเอาผลการศึกษาด้านความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะที่ 1 มาประกอบการวางแผนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก กำหนดขนาดตัวอย่างตามความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) จำนวน 33 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและเป็นผู้สูงอายุที่มีผลการประเมินกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานอยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล เลือกคนในครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 10 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน บุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 3, 15 และ 16 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ค่าความคาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.80^{8,9} โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ



และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาผาย มีสภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานอยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) สามารถอ่านออก เขียนหนังสือได้ หรือตอบคำถามได้ มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม จนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ และผู้สูงอายุย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยในขณะที่ทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ จำนวน 42 ข้อ ประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ 2) ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยทำให้ 1 คะแนน จนถึงทำได้ง่ายมาก 5 คะแนน คะแนนรวมเต็ม 80 คะแนน การแปลผล คะแนน < 48 คะแนน ระดับไม่ดีเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี คะแนน 48-55 คะแนน ระดับพอใช้ เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ เล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง คะแนน 56-63 คะแนน ระดับดีเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง คะแนน 64-80 คะแนน ระดับดีมากเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนชั่วอายุ 3) พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อไม่ถูกต้อง คะแนน 66 - 76 คะแนน ระดับพอใช้ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อได้ถูกต้องเป็นเล็กน้อย คะแนน 77 - 87 คะแนน ระดับดี มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ คะแนน 88 - 110 คะแนน ระดับดีมาก มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย¹² เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic quality of life scale) เป็นที่นิยมและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง โดยพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ และได้พัฒนามาเป็นฉบับย่อ มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย หมายถึงท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลยรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก เล็กน้อย หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือ รู้สึกแย่น้อย ปานกลาง หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่น้อย ปานกลาง หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี มากที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดี มาก การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) ระดับที่ดี (96-130 คะแนน)

3. แบบการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 5 คำถามหลัก ได้แก่ 1) ในฐานะที่ท่านเป็นผู้นำชุมชน ท่านคิดเห็นอย่างไรกับสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน 2) ท่านมีแนวทางที่จะให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพให้ดีขึ้นอย่างไร 3) ท่านคิดว่าผู้สูงอายุจะสามารถทำให้ตนเองมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร และผู้สูงอายุสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นสามารถได้หรือไม่ อย่างไร 4) ท่านคิดว่าผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นได้อย่างไร 5) ที่ผ่านมามีการบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการจัดโครงการ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพหรือไม่ อย่างไร



4. แบบการสนทนากลุ่มย่อย ประกอบด้วยประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้น 9 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาทางด้านสุขภาพของหมู่บ้านท่าน เป็นอย่างไร มีอะไรบ้าง 2) ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่สำคัญที่สุด คืออะไร 3) ปัญหาของผู้สูงอายุ เกิดจากสาเหตุอะไร มีวิธีแก้ไขปัญหายังไงบ้าง 4) ในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ มีบุคคลคนหรือหน่วยงานใดเข้ามาให้การช่วยเหลือ ช่วยอะไรบ้าง ผลการช่วยเหลือเป็นอย่างไร แก้ไขปัญหาได้หรือไม่ มากน้อยเพียงไรยังมีส่วนไหนที่ยังมีปัญหาอยู่ 5) ผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุอย่างไร ผลเป็นอย่างไร 6) ปัญหาที่ผู้สูงอายุที่แก้ไขได้มีอะไรบ้าง และที่แก้ไขไม่ได้มีอะไรบ้าง 7) ปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ท่านคิดว่าวิธีแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร 8) ท่านมีความต้องการอยากจะทำบุคคลใดและหรือหน่วยงานใดเข้ามาช่วยเหลือ และช่วยเหลือในเรื่องอะไรบ้าง 9) ถ้ามีโครงการและกิจกรรมที่จะมาดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ท่านคิดว่าควรจะมีกิจกรรมใดในโครงการนี้จึงจะมีประโยชน์ และท่านสามารถเข้าร่วมในโครงการนี้ได้หรือไม่

5. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) เรื่องการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และคู่มือเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงสุขภาพในผู้สูงอายุ หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุ 2) เรื่องผู้สูงอายุกินดี ฟันดี ด้านโรค โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสนทนาลย่อย 6 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน พูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในหัวข้อทำอะไรให้ผู้สูงอายุกินดี ฟันดี ด้านโรค ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ จากนั้นสรุปและหาแนวทางร่วมกัน 3) ทักษะการออกกำลังกายและการบริหารจัดการใจ โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารจัดการใจที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร่วมค้นหาและกำหนดบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างในชุมชน 4) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะพื้นฐานในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ และวิธีการค้นหาและเลือกใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง โดยมีการสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ แต่ละกิจกรรมดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ จำนวน 22 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) โดยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ จำนวน 22 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

3. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากจำนวนผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ใช้ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565

2. การพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 65-2-007 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์หรือสิทธิ์ใด ๆ ที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูล ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติที่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired sample t-test ได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจง ปกติ (Normality) จากการทดสอบ Shapiro-wilk test ได้ค่า p-value > 0.05 และตรวจสอบการกระจายตัวปกติของค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยวิธี การตรวจสอบค่าความเบ้ ($Z_{skewness}$) และความโด่ง ($Z_{kurtosis}$) อยู่ในช่วง น้อยกว่า ± 1.96 (Skewness and kurtosis) และ 2) มีระดับการวัดเป็นมาตราช่วง (Interval scale) ขึ้นไป ส่วนการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 355 คน มีการสูญเสียและความเสียหายของข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 99.15 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.98 มีช่วงอายุอยู่ ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.42 รองลงมาได้แก่ อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 31.53 และอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 17.05 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 54.26 หม้าย ร้อยละ 34.66 และโสดร้อยละ 7.39 ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.17 มัธยมศึกษา ร้อยละ 4.26 และประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 0.57 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.60 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 39.59 และ รับจ้าง ร้อยละ 12.78 ส่วนอาชีพที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.28 ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่ามีรายได้ต่อเดือนในช่วง น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.61 รองลงมาได้แก่ 1,001-2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.53 และ มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 17.33 ส่วนรายได้ต่อเดือนที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ 2,000 -3,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 6.53 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่ามีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 42.33 เกินเกณฑ์ ร้อยละ 22.73 อ้วนร้อยละ 23.01 และน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.11 ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวในระดับปกติ ร้อยละ 71.02 ด้านข้อมูลจำนวนฟันแท้ ที่เหลือ พบว่า ส่วนใหญ่ มีฟันแท้เหลือ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 61.08 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.35 โดยโรคประจำตัว ที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.36 โรคเบาหวาน ร้อยละ 28.13 และ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.07 ตามลำดับ



การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม (n=352)

องค์ประกอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่ตี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	114 (32.38)	91 (25.85)	72 (20.45)	75 (21.31)	12.54	4.05	พอใช้
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	103 (29.26)	87 (24.72)	68 (19.32)	94 (26.70)	12.80	4.11	พอใช้
ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	80 (22.73)	91 (25.85)	72 (20.45)	109 (30.97)	13.20	4.08	พอใช้
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	77 (21.87)	96 (27.27)	65 (18.47)	114 (32.39)	13.28	4.14	พอใช้
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	102 (28.98)	99 (28.13)	85 (24.15)	66 (18.75)	51.81	15.54	พอใช้

จากตารางที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} =51.81, S.D.=15.54) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (\bar{X} =13.28, S.D.=4.14) รองลงมาได้แก่ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (\bar{X} =13.20, S.D.=4.08) และ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (\bar{X} =12.80, S.D.=4.11) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (\bar{X} =12.54, S.D.=4.05)

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อโดยรวม (n=352)

องค์ประกอบ พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่ตี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทักษะด้านการบริโภคอาหาร	17 (4.83)	51 (14.49)	67 (19.03)	217 (61.65)	24.02	3.80	ดีมาก
ทักษะด้านการออกกำลังกาย	126 (35.79)	63 (17.90)	10 (2.84)	153 (43.47)	6.56	2.72	พอใช้
ทักษะด้านการจัดการความเครียด	64 (18.18)	66 (18.75)	21 (5.97)	201 (57.10)	7.47	2.14	ดี
ทักษะด้านการสูบบุหรี่	10 (2.84)	22 (6.25)	12 (3.41)	308 (87.50)	9.05	1.54	ดีมาก
ทักษะด้านการดื่มสุรา	8 (2.27)	26 (7.39)	69 (19.60)	249 (70.74)	4.57	0.77	ดีมาก
ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0 (0.00)	36 (10.23)	94 (26.70)	222 (63.07)	35.67	3.52	ดีมาก
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	0 (0.0)	22 (6.25)	147 (41.76)	183 (51.99)	87.35	7.06	ดี



จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อโดยรวม อยู่ในระดับ ดี (\bar{X} =87.35, S.D.=7.06) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะด้านการบริโภคอาหาร (\bar{X} =24.02, S.D.=3.80) ทักษะด้านการสูบบุหรี่ (\bar{X} =9.05, S.D.=1.54) ทักษะด้านการดื่มสุรา (\bar{X} =4.57, S.D.=0.77) ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ (\bar{X} =35.67, S.D.=3.52) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทักษะด้านการจัดการความเครียด (\bar{X} =7.47, S.D.=2.14) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และ ทักษะด้านการออกกำลังกาย (\bar{X} =6.56, S.D.=2.72) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

การศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=352)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คะแนน		\bar{X}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
	ต่ำ	สูง			
1. ด้านสุขภาพกาย (คะแนน 7-35)	10	27	18.35	3.02	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ (คะแนน 6-30)	6	23	13.89	3.97	ไม่ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (คะแนน 3-15)	3	15	6.70	2.30	ไม่ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (คะแนน 8-40)	8	40	18.05	6.07	ไม่ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม (คะแนน 26-130)	30	110	61.60	15.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =61.60, S.D.=15.43) โดยองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (\bar{X} =18.35, S.D.=3.02) ส่วนองค์ประกอบด้านจิตใจ (\bar{X} =13.89, S.D.=3.97) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (\bar{X} =6.70, S.D.=2.30) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (\bar{X} =18.05, S.D.=6.07) มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

นำข้อมูลในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์วางแผน (Planning) โดยการจัดสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อจะได้ทราบข้อมูล ข้อเท็จจริง และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลดังรายละเอียดส่วนที่ 1

ส่วนที่ 1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

1. สภาพปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องโภชนาการ มีการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีการควบคุมอาหารตามโรคที่เป็นอยู่ ขาดความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม มีปัญหาด้านการพักผ่อนนอนหลับ มีความเครียดทั้งด้านการเงิน สุขภาพ และครอบครัว ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม เพราะสุขภาพไม่ดี มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ขาดผู้ให้การดูแลในครอบครัวที่จะดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ขาดความตระหนักในพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2. สภาพปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุขาดความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้จากการไปพบแพทย์ การดูโทรทัศน์ และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ได้ โทรศัพท์ส่วนใหญ่มีไว้สำหรับการโทร ไม่ได้ใช้ค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ทำไม่เป็น และมีปัญหาด้านการมองเห็น ทำให้มองไม่ชัด การอ่านฉลากยา หรืออ่านข้อมูลด้านสุขภาพ จึงทำได้น้อย โดยจะใช้วิธีจำว่ารับประทานอย่างไร ไม่ค่อยได้อ่าน บางครั้งมีการปรับเปลี่ยนยาทำให้เกิดความไม่เข้าใจ และปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการอภิปรายกลุ่มย่อย นำมาสรุปรวมได้ 4 กิจกรรม และสร้างเป็นโปรแกรม ดังนี้ 1) กิจกรรมอบรมให้ความรู้และดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุ กิจกรรมอบรมให้ความรู้และดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้ออย่างไรให้ผู้สูงอายุกินดี พินดี ด้านโรค โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยน



เรียนรู้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสนทนาย่อย 6 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุ
กินดี ฟันดี ด้านโรค ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ จากนั้นสรุปและหาแนวทางร่วมกัน 3) กิจกรรมฝึกทักษะ
การออกกำลังกาย ร่างกายแข็งแรง และการบริหารจัดการใจ อารมณ์แจ่มใส โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหาร
จิตใจที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร่วมค้นหาและกำหนดบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างในชุมชน
4) กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะ
พื้นฐานในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ และวิธีการค้นหาและเลือกใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยมี
การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ แต่ละกิจกรรมดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

หลังจากได้โปรแกรมจากส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมมาปฏิบัติตามแผน (Acting) สังเกตและบันทึกผล (Observing)
รวมทั้งการสะท้อนผล (Reflecting) ได้ข้อมูลและผลการวิจัย ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=33)	กลุ่มควบคุม(n=33)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	4 (12.12)	6 (18.18)	Fisher's	1.000
หญิง	29 (87.88)	27 (81.82)	Exact Test	
อายุ				
60-69 ปี	18 (54.55)	19 (57.58)	Fisher's	.722
70-79 ปี	13 (39.39)	10 (30.30)	Exact Test	
80-89 ปี	2 (6.06)	4 (12.12)		
สถานภาพ				
โสด	5 (15.15)	1 (3.03)	Fisher's	.605
คู่	19 (57.58)	15 (45.45)	Exact Test	
หม้าย	8 (24.24)	16 (48.49)		
หย่า/แยก	1 (3.03)	1 (3.03)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	30 (90.91)	30 (90.91)	Fisher's	1.000
มัธยมศึกษา	2 (6.06)	2 (6.06)	Exact Test	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1 (3.03)	1 (3.03)		
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	22 (66.67)	20 (60.61)	Fisher's	.273
รับจ้าง	1 (3.03)	4 (12.12)	Exact Test	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1 (3.03)	1 (3.03)		
ไม่ได้ทำงาน	9 (27.27)	8 (24.24)		
รายได้ต่อเดือน				
< 1,000 บาทต่อเดือน	14 (42.42)	15 (45.45)	Fisher's	.917
1,001-2,000 บาทต่อเดือน	17 (51.52)	13 (39.40)	Exact Test	
2,001-3,000 บาทต่อเดือน	0 (0.0)	1 (3.03)		
> 3,000 บาทต่อเดือน	2 (6.06)	4 (12.12)		



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=33)	กลุ่มควบคุม(n=33)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่าเกณฑ์	3 (9.09)	4 (12.12)	Fisher's	.812
สมส่วน	13 (39.40)	14 (42.42)	Exact Test	
เกินเกณฑ์	3 (9.09)	12 (33.37)		
อ้วน	10 (30.30)	3 (9.09)		
อ้วนอันตราย	4 (12.12)	0 (0.0)		
เส้นรอบเอว				
ปกติ	17 (55.52)	24 (72.73)	$\chi^2 = 0.419$	0.518
เกินเกณฑ์	16 (48.48)	9 (27.27)		
จำนวนฟันแท้ที่เหลือ(ซี่)				
< 20 ซี่	15 (45.45)	12 (33.37)	$\chi^2 = 0.109$	0.741
20 ซี่ขึ้นไป	18 (54.55)	21 (63.63)		
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	13 (39.39)	17 (55.52)	$\chi^2 = 0.047$	0.829
มีโรคประจำตัว	20 (60.61)	16 (48.48)		

χ^2 =Chi-square

จากตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน ดำเนินการพัฒนาตามโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุม ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามนโยบายเดิม ของจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 33 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.88 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.55 มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 57.58 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.91 เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านการประกอบอาชีพ พบว่า อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า มากกว่าครึ่งมีรายได้ต่อเดือนในช่วง 1,000-2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51.52 เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 39.40 ด้านข้อมูลเส้นรอบเอว พบว่า มากกว่าครึ่งมีเส้นรอบเอวในระดับปกติ ร้อยละ 55.52 ด้านข้อมูลจำนวนฟันแท้ที่เหลือ พบว่า ส่วนใหญ่มีฟันแท้เหลือ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 54.55 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.61 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 มากกว่าครึ่งมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.58 มีสถานภาพ หม้าย ร้อยละ 48.49 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.91 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.61 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง <1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.45 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 42.42 ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวในระดับปกติ ร้อยละ 72.73 ด้านข้อมูลจำนวนฟันแท้ที่เหลือ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 63.63 และมากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.52

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square test) และ Fisher's exact test พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test) ผลการเปรียบเทียบดังตารางที่ 5



ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มควบคุม(n=33)		t-test	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน						
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.18	2.74	12.55	1.58	0.659	0.513
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.30	2.39	13.15	1.70	-0.297	0.768
ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.27	2.74	13.45	1.54	0.332	0.741
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.30	3.04	13.52	1.80	0.345	0.731
ความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	52.06	8.02	52.66	5.44	0.359	0.721
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค						
ทักษะด้านการบริโภคอาหาร	21.82	1.67	21.61	5.02	-0.230	0.819
ทักษะด้านการออกกำลังกาย	6.36	2.25	6.27	2.20	-0.166	0.869
ทักษะด้านการจัดการความเครียด	6.91	1.10	6.30	1.99	-1.530	0.132
ทักษะด้านการสูบบุหรี่	8.73	1.72	8.48	2.11	-0.512	0.610
ทักษะด้านการดื่มสุรา	4.33	0.89	4.06	1.09	-0.624	0.535
ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ	35.27	3.92	35.79	3.32	0.576	0.567
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	83.42	4.82	82.64	7.47	-0.509	0.612
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านสุขภาพกาย	23.76	2.95	23.39	1.52	-0.630	0.532
ด้านจิตใจ	20.73	3.07	20.55	2.22	-0.275	0.784
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.45	1.64	11.00	2.29	-0.926	0.358
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.24	2.88	30.12	4.28	2.090*	0.041
คุณภาพชีวิตโดยรวม	91.30	9.11	91.97	8.29	0.311	0.757

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดเชื้อและโรคติดเชื้อโดยรวมและรายด้านไม่มีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test) ผลการเปรียบเทียบดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อ และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มควบคุม (n=33)		t-test	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน						
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.30	2.24	13.09	2.23	-2.203	0.031
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.76	1.89	13.36	2.40	-4.509	<0.001
ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.76	3.09	13.70	2.17	-1.612	0.112
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	16.06	1.87	13.79	2.56	-4.120	<0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	60.87	6.25	53.94	8.19	-3.868	<0.001
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค						
ทักษะด้านการบริโภคอาหาร	23.33	3.57	21.85	2.14	-2.051*	0.045
ทักษะด้านการออกกำลังกาย	8.52	1.37	6.12	2.45	-4.903**	<0.001
ทักษะด้านการจัดการความเครียด	8.73	1.55	6.94	1.54	-4.706**	<0.001
ทักษะด้านการสูบบุหรี่	9.58	0.79	8.82	0.85	-3.756**	<0.001
ทักษะด้านการดื่มสุรา	4.79	0.48	4.39	0.82	-3.508**	0.001
ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ	37.94	3.57	35.73	3.53	-2.531*	0.014
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	92.64	7.99	84.76	7.37	-4.166	0.000
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านสุขภาพกาย	24.85	2.87	23.76	1.94	-1.808	0.076
ด้านจิตใจ	21.61	2.76	21.18	1.93	-0.724	0.472
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.18	1.59	10.94	2.21	-2.624	0.011
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.67	3.59	29.52	3.83	-1.260	0.212
คุณภาพชีวิตโดยรวม	96.67	8.37	92.45	7.69	-2.130	0.037

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพและ ด้านทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนด้านทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อโดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ไม่มีความแตกต่างกัน



การอภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษานี้พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ อภิปรายผลได้ว่า การมีอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ซ้าลง ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาความจำเสื่อม มีความบกพร่องในการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น และการติดต่อสื่อสาร จากความเสื่อมตามวัย ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง^{13,14} โดยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งไม่ได้คัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา อาจไม่คุ้นเคยกับภาษาทางการแพทย์ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และความสามารถในการเรียนรู้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับคนที่มีการศึกษาสูง ทำให้ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมถึงทักษะการตัดสินใจและข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อย อาจทำให้การเข้าถึงข้อมูล หรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ค่อนข้างมีจำกัด ทำให้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ส่งผลต่อคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ด้วย¹⁵ แต่การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านบริบทต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล อาทิเช่น การศึกษา อาชีพ ระดับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุดโดยรถยนต์ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และยังพบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล อาทิเช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นต้น¹⁶ จึงอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความซับซ้อนและประกอบด้วยปัจจัยที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับความรู้หลากหลายปัจจัย การที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจลักษณะส่วนบุคคล บริบทด้านสุขภาพ บริบททางสังคมที่แตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้การใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเป็นคนที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาดังกล่าวใช้แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2๕ ซึ่งการศึกษานี้ใช้เครื่องมือจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงอาจสรุปได้ว่า การใช้เครื่องมือที่ต่างกันอาจทำให้การวัดความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่แตกต่างกันได้

2. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁷ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย¹² และการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ตัวแบบลดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยรวม¹⁸ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิต บริบททางสังคม วัฒนธรรมสังคมชนบทของผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นพื้นที่ชนบท อาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวก และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และไม่ได้ทำงาน ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน รวมถึงการมีรายได้น้อย เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท 2.85 เท่า¹⁹ สอดคล้องกับในสังคมเมืองโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบทโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง¹³เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง¹⁴ จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุควรจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรหาแนวทางการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลางขึ้นไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้น แต่การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวัดคุณภาพชีวิตเป็นคนที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือพัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ และได้พัฒนามาเป็นฉบับย่อ จำนวน 26 ข้อ เน้นการประเมินความพึงพอใจ



และการรับรู้สถานะทางด้านร่างกาย ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จึงอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาทำให้ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางได้ แต่อย่างไรก็ตามการมองคุณภาพชีวิตจากคนต่างกลุ่ม ต่างพื้นที่ ต่างสังคม ต่างวัฒนธรรม ต่างเศรษฐกิจ และต่างเป้าหมายก็มีความต่างกัน องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตบางประเด็นก็จะต่างกันไปด้วย

3. การพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังการใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเข้าใจบริบทปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁵ ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะ และศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้สารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจ ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจ ในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาการพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมิฉะนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²¹ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคลอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำแก่บุคคลใกล้ชิดครอบครัว ชุมชนและสังคมได้²²

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และติดตามผลของกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยมีการติดตามเป็นระยะ เช่น ภายหลังจากจัดกิจกรรม 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุและในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป



ข้อจำกัดในงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยมีการประเมินเพียงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ไม่ได้คัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ว่าผู้สูงอายุไม่เข้าข่ายมีภาวะสมองเสื่อมเพื่อแยกออกจากกลุ่มตัวอย่าง และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีการรับประทานยาหลายขนาน อาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องในการเข้าร่วมโปรแกรม จึงอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาโดยทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และเนื่องจากการศึกษามีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจาก 3 หมู่บ้าน ทำให้อาจเกิดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มได้ (Contamination) แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกัน คือ เพศ และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และน้ำหนักไม่ตรงกัน ทำให้มีโอกาสในการพบปะกันลดลง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2565 ขอขอบพระคุณอธิการบดีและคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้คำแนะนำ รวมทั้งสนับสนุนด้วยดีตลอดมาจนทำให้การศึกษานี้บรรลุผลสำเร็จ

References

1. Board of the 12th national health development plan. The 12th national health development plan [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2016 [cited 2022 Jul 09]. Available from: https://www.nesdc.go.th /ewt_ dl _link.php?nid=6422. (in Thai)
2. Matsee C, Waratwichit C. Promotion of health literacy: from concept to practice. BCNUT J Nurs. 2017;9(2):96-111. (in Thai)
3. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. NJPH. 2015;43-53. (in Thai)
4. Srithanee K. Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. JHSR. 2017;11(1):26-36. (in Thai)
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
6. Chaiyaphum Provincial Statistical Office. Provincial statistical report. Report of sickness with non-communicable diseases [Internet]. 2017 [Cited 2022 May 25]. Available from: <https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
7. Chaiyanukoo T. Development of health literacy of the elderly at Khamkrang Sub-district, Detudom District, Ubon Ratchathani Province. J Health Sci TSU. 2020;2(3):73-9. (in Thai)
8. Puttha N, Chalardlon P. The development of health literacy activities of self-care for elderly in the new normal Ban Lueak Subdistrict, Photharam District, Ratchaburi Province. Journal of MCU Nakhondhat. 2022;9(3):46-64. (in Thai)
9. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. RTNNMDjournal. 2018;45(3):509-26. (in Thai)
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. EPM. 1970;30(3):607-10.
11. Division of health education, Department of health service support ministry of public health. Assessment of health literacy and health behaviors of the people to prevent infectious and non-infectious diseases. Important people of working age in the village to change their health behavior in the year 2022. [Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/437>. (in Thai)



12. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai*. 1998;5(3):4-15. (in Thai)
13. Saeloo J, Kaewkrachok T, Samdaengsarn D. How social support and health literacy influence quality of life of elders in Mueang District of Nakhon Si Thammarat. *SCNJ*. 2021;8(2):39-52. (in Thai)
14. Suksri S, Settheetham D. Health literacy and self-care related to quality of life of elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen province. *KKU Res J (GS)*. 2017;17(4):73-84. (in Thai)
15. Meebunmak Y, Intana J, Kijnopakieat K, Khamthana P, Rungnoe N. Health literacy among older adults in a Semi-Urban Community in Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6(Special issue):129-41. (in Thai)
16. Ruangkiatku N. Factors Associated with Health Literacy among Thai Older Adults. *DMS*. 2022; 47(1):80-86. (in Thai)
17. Vilawarn J, Laokhompruttajan J, Laokhompruttajan T, Boonao B, Boonserm P. The effect of socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention in the elderly, Na Fai Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *Research and Development Health System Journal*. 2022;15(1):181-95. (in Thai)
18. Puttamat W. The study of factors affecting to quality of life among elderly in Nafai Subdistrict, Muang District, Chaiyaphum by using multiple linear regression model. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanities*. 2019;1(2):112-22. (in Thai)
19. Kabmanee N, Ouicharoen S, Sakulkoo P. The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udornthani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*. 2021;11(1):27-39. (in Thai)
20. Jirawongnusorn S, Chitmanasak N. Development of a health literacy model to enhance health behaviours according the “3A” principle of the elderly. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2022;7(4):233-49. (in Thai)
21. Choojai R, Boonsiri C, Patcheep K. Effects of a health literacy enhancement program for COVID-19 prevention on health literacy and prevention behavior of COVID-19 among village health volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021;8(1):250-62. (in Thai)
22. Nilnate W, Rungchutiphopan W. Health literacy and nursing professionals. *Quality of Life and Law Journal*. 2019;15(2):1-18. (in Thai)