

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช*
RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND HEALTH
LITERACY AMONG ELDERLY, MUEANG DISTRICT, NAKHON SI
THAMMARAT PROVINCE

จามจุรี แซ่หลู่

Jamjuree Saeloo

ดาไลมา ลำแดงสาร

Dalima Samdaengsarn

ธมลวรรณ แก้วกระจก

Thamolwan Kaewkrachok

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat

E-mail: jureepink@yahoo.co.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยคัดสรรด้าน เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม 2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 381 คน ซึ่งกำหนดจากการใช้ตารางของเครจซีและมอร์แกน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์พีและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = .71) สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 34.66$, S.D. = 9.25) ส่วนความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\phi = -.109$, $p = .033$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .153$,

* Received 10 November 2021; Revised 5 December 2021; Accepted 17 December 2021



$p = .000$) อย่างไรก็ตามเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ครอบครัว สังคม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้น

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์, ปัจจัยคัดสรร, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this research article were to: 1) the selected factors, 2) health literacy, and 3) examining the relationship between selected factors and health literacy. Three hundred and eighty - one of the elderly in Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province, were the subjects of this study. The sample size was determined using Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. table. The sample was selected by stratified and simple random sampling. All data were collected using the general information questionnaire, the social support questionnaire, and the health literacy questionnaire. Data were analyzed via descriptive statistics, Phi coefficient and Pearson's correlation coefficient. The results revealed that the social support of the elderly was high level ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = .71). The health literacy of the elderly was low level ($\bar{X} = 34.66$, S.D. = 9.25). Age had a low negative correlation with health literacy at the .05 level ($\phi = -.109$, $p = .033$, and the social support had a low positive correlation with health literacy at the .001 level ($r = .153$, $p = .000$). However, sex, education, marital status, and income were not related to health literacy. Therefore, the relevant agencies should encourage family members and the society to take part in caring for the elderly for promoting health literacy, making them more readily available to take care of themselves.

Keywords: Relationship, Selected Factors, Social Support, Health Literacy, Elderly

บทนำ

ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการแพทย์ ส่งผลทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 โลกมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 962 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด เรียกได้ว่าโลกได้กลายเป็น



สังคมผู้สูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) เมื่อพิจารณาดูประชากรผู้สูงอายุในอาเซียนก็พบว่ามีความเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยประเทศที่มีจำนวนสูงมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 17) และเวียดนาม (ร้อยละ 11) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศในอาเซียนและคาดว่าจะอีกไม่เกิน 4 ปี ข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 นั่นก็หมายความว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) สำหรับในภาคใต้ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 มีประชากรผู้สูงอายุ 1,382,155 คน และในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 265,735 คน คิดเป็นร้อยละ 17.01 ซึ่งสูงเป็นลำดับที่ 1 ของภาคใต้ และเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศไทยที่พัฒนาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

ผลจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ มากมาย ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงด้านสุขภาพ เนื่องจากวัยของผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะเกิดในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง จึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น (นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางด้านร่างกายไม่ดี นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่ต้องพบกับความสูญเสียและการพลัดพรากของคู่ชีวิตญาติสนิทหรือเพื่อนฝูง เกิดความเหงา ขาดที่พึ่งทางใจ ขาดคนพูดคุยปรึกษาหารือให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม สูญเสียบทบาททางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน รายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ ในครอบครัวก็ถูกลดบทบาททำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดความกังวล ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคมหรือถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลงซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Mauk, L. K., 2014) แต่อย่างไรก็ตามถ้าเราสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุก็จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว สังคมและประเทศชาติได้อีกมากมาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

จากสถานการณ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามวางแผนเพื่อผลักดันให้พลเมืองไทยเป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดี โดยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy) มากขึ้น และได้กำหนดเป็นเป้าประสงค์หนึ่งใน



แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและการตายจากที่ป้องกันได้ลดลง” (นิยม จันทรันวล และสุมาลี สมชาติ, 2563) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหา สืบค้นเพื่อเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพทำความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีความสามารถในการอธิบายการตีความการกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถสื่อสารและใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย (Sørensen, K. et al., 2012) ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะ การสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Nutbeam, D., 2008) บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะสามารถแสวงหา สืบค้น วิเคราะห์ ประเมินค่าของข้อมูลจนสามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกข้อมูลไปใช้ในการ ดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม ส่งผลให้มี สุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี (นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ หลากหลาย เช่น เพศอายุ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ความเชื่อ แรงสนับสนุน ทางสังคม (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ, 2561) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยการ นำมาซึ่งความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ 1) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 2) ด้านข้อมูล ข่าวสาร 3) ด้านการประเมินพฤติกรรม และ 4) ด้านอารมณ์และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถ เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทางด้าน การอำนวยความสะดวกและสิ่งของเครื่องใช้ การระคับบระครองด้านอารมณ์ ซึ่งความห่วงใย จากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัย สำคัญที่จะส่งผลต่อการมีความรู้ด้านสุขภาพ (จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ, 2562); (พยาม การดี และคณะ, 2559)

ดังนั้นในการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยเหล่านี้ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา แต่จากการศึกษา งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วไปมี อยู่น้อย โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นจังหวัดที่ มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความ รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรด้าน เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 46,478 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 381 คน และมีขั้นตอนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น โดยแบ่งตำบลในอำเภอเมืองออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สังคมเมือง มีจำนวน 3 ตำบล สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีจำนวน 7 ตำบล และสังคมชนบทจำนวน 6 ตำบล และสุ่มโดยกำหนดสัดส่วน 3:1 หลังจากนั้นทำการจับฉลากแบบแทนที่สังคมเมืองสุ่ม 1 ตำบล สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทสุ่ม 2 ตำบล และสังคมชนบทสุ่ม 2 ตำบล

ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่าย โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุ มาจับฉลากแบบแทนที่ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล โดยคิดคำนวณจากสัดส่วนของประชากรแต่ละสังคม ดังนี้ จากสังคมเมือง (13,676) จำนวน 112 คน สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (23,288) ได้ 191 คน และสังคมชนบท (9,514) ได้ 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษาสถานภาพสมรส และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามของวิลาวัลย์ รัตน์ะ ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 21 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการประเมินพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ และ 4) ด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 6 ข้อ (วิลาวัลย์ รัตน์ะ, 2552) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน



ประมาณค่า 5 ระดับ จากจริงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จริงน้อย ให้ 2 คะแนน จริงปานกลาง ให้ 3 คะแนน จริงมากให้ 4 คะแนน และจริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนนสำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คิดจากคะแนนสูงสุด (5) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (1) หาค่าเฉลี่ย 5 (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.00 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 ระดับน้อยที่สุดค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบสอบถามของวรรณศิริ นิลเนตร ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557) ดังนี้

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน เต็ม 12 คะแนน การแปลผลน้อยกว่า 7.20 คะแนนอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง 7.20 - 9.59 คะแนน อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง 9.60 คะแนน ขึ้นไป อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 10 คะแนน การแปลผลน้อยกว่า 6 คะแนนอยู่ในระดับไม่ดีพอ 6 - 7.99 คะแนน อยู่ในระดับพอใช้ 8 คะแนนขึ้นไป อยู่ในระดับดีมาก

3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพจำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมด 12 คะแนน การแปลผลเหมือนด้านที่ 1

4. ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 20 คะแนน การแปลผลน้อยกว่า 12 คะแนนอยู่ในระดับไม่ดีพอ 12 - 15.99 คะแนน อยู่ในระดับพอใช้ 16 คะแนนขึ้นไป อยู่ในระดับดีมาก

5. ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 10 คะแนน การแปลผลเหมือนด้านที่ 2

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 10 คะแนน การแปลผลเหมือนด้านที่ 2

สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนโดยภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 - 79.99 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง ดังนั้นคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพทั้งหมดเท่ากับ 74 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 44.40 อยู่ในระดับต่ำ 44.41 - 59.19 อยู่ระดับปานกลาง 59.20 คะแนนขึ้นไป อยู่ในระดับมาก (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปหาความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน



แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .97 ส่วนแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยด้านความรู้ นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson) ได้ค่าความเที่ยง .68 สำหรับด้านอื่น ๆ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการสื่อสารข้อมูลสุขภาพการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .83, .86, .56, .85 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขจริยธรรมวิจัยที่ Ex - 1/2563 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2563 และได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังองค์การบริหารตำบลที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ โดยมีการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์
2. ผู้วิจัยและคณะไปพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการทำแบบสอบถาม
4. ดำเนินแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ
5. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ กับความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ฟี (Phi coefficient) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้ด้านสุขภาพ ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์



มากกว่า .70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ถ้าเท่ากับ .30 - .70 หมายถึงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและถ้าน้อยกว่า .30 หมายถึงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 381 ราย เป็นเพศชาย 191 ราย (ร้อยละ 50.10) เพศหญิง 190 ราย (ร้อยละ 49.90) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 60 - 79 ปี จำนวน 342 ราย (ร้อยละ 89.8) ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 345 ราย (ร้อยละ 90.60) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส จำนวน 218 ราย (ร้อยละ 57.20) และมีรายได้เพียงพอ จำนวน 282 ราย (ร้อยละ 74) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 381)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	191	50.10
- หญิง	190	49.90
อายุ		
- 60 - 79 ปี	342	89.8
- 80 ปี ขึ้นไป	39	10.2
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	345	90.60
- ปริญญาตรีขึ้นไป	36	9.40
สถานภาพสมรส		
- โสด หม้าย หย่า แยก	163	42.80
- สมรส	218	57.20
รายได้		
- เพียงพอ	282	74.00
- ไม่เพียงพอ	99	26.00

2. แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = .71) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านอารมณ์และสังคม ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = .73) รองลงมา คือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = .84) ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = .82) และด้านการประเมินพฤติกรรม ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = .85) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 381)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.90	.84	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.87	.82	มาก
ด้านการประเมินพฤติกรรม	3.79	.85	มาก
ด้านอารมณ์และสังคม	3.91	.73	มาก
รวม	3.87	.71	มาก

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จำนวน 329 ราย (ร้อยละ 86.40) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางเพียง 52 ราย (ร้อยละ 13.60) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 381)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ความถี่	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ	329	86.40
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง	52	13.60

และผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 34.66$, S.D. = 9.25) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับไม่ดีพอ ดังนี้ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{X} = 8.18$, S.D. = 2.09) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ($\bar{X} = 6.53$, S.D. = 2.54) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($\bar{X} = 6.03$, S.D. = 2.63) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 5.07$, S.D. = 2.47) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X} = 4.74$, S.D. = 2.36) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 2.59) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 381)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (12 คะแนน)	8.18	2.09	ถูกต้องบ้าง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (10 คะแนน)	5.07	2.47	ไม่ดีพอ
ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (12 คะแนน)	6.03	2.63	ไม่ดีพอ
ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (20 คะแนน)	6.53	2.54	ไม่ดีพอ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (10 คะแนน)	4.74	2.36	ไม่ดีพอ
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (10 คะแนน)	4.11	2.59	ไม่ดีพอ
รวม (74 คะแนน)	34.66	9.25	ต่ำ



4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($D = -.109, p = .033$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .153, p = .000$) ที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตามเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 381)

ปัจจัยคัดสรร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p - value
เพศ	.050	.242
อายุ	-.109	.033
การศึกษา	.009	.843
สถานภาพสมรส	.027	.521
รายได้	.026	.538
แรงสนับสนุนทางสังคม	.153	.000

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย 3 ประเด็น ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรส ประกอบกับวัฒนธรรมไทยสมาชิกในครอบครัวจะให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ถูกหลานต้องดูแลเอาใจใส่นั่นครอบครัวจึงมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การจัดการสิ่งแวดล้อม การพาไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ให้กำลังใจ ให้ความรัก ให้ความเอาใจใส่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ มีคนดูแลเอาใจใส่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพยาม การดีและคณะ ที่พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ครอบครัวเป็นศูนย์รวมความรัก ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และเป็นที่พึ่งพาของผู้สูงอายุ เป็นกำลังใจ พาไปทำกิจกรรมทางศาสนา พบแพทย์ตามนัด สำหรับหมอยาบาลเป็นครูและผู้รักษา ผู้ที่ป่วยด้วยกันคือเพื่อนที่มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (พยาม การดี และคณะ, 2559)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาความจำเสื่อม มีความบกพร่องในการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น และการติดต่อสื่อสาร ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง ประกอบกับความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้นข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาปรับใช้ใน



การดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร ที่พบว่า ผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การตัดสินใจที่เหมาะสม (วรณศิริ นิลเนตร, 2557) การจัดการสุขภาพตนเองและการเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิจปพน ศรีธานี ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมระดับความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (กิจปพน ศรีธานี, 2560) และการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง และคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (ธัญชนก ขุมทอง และคณะ, 2559)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาในการฟังที่ไม่ค่อยได้ยิน มีการสูญเสียความจำและความสามารถทางการคิด อ่านหรือฟังข้อมูลสุขภาพได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย ลืมหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีการสื่อสารใหม่ ๆ ก็อาจมีผลต่อการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ก็อาจเป็นอุปสรรคต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ อายุมากขึ้นความรู้ด้านสุขภาพลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ ไม่สามารถระลึกถึงคำแนะนำหรือการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวที่เคยได้รับได้ (เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ, 2562) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรรณิการ์ การิสรพร และคณะ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตามองเห็นไม่ชัด มีข้อจำกัดในการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ (กรรณิการ์ การิสรพร และคณะ, 2562)

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน หรือบุคคลอื่น ๆ มีบทบาทเกื้อหนุนและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน โดยนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญมาถ่ายทอด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย ไตรนาทวลย์ และคณะ ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์



และได้รับการสนับสนุน ให้มีความรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม (วินัย ไตรนาทวลย์ และคณะ, 2562) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อานนท์ สังขะพงษ์ และคณะ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ (อานนท์ สังขะพงษ์ และคณะ, 2562) และการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง และคณะ ที่พบว่า ครอบครัว ญาติ และเพื่อน เป็นปัจจัยในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง เพราะคนในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน เมื่อได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ จะนำมาพูดคุยบอกเล่าให้ดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ธัญชนก ขุมทอง และคณะ, 2559) สอดคล้องกับที่ สจ๊วต และคณะ (Stewart, D. W. et al., 2014) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสื่อกลางที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะครอบครัวเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่าเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ทั้งในเรื่องของการให้ความรู้ และการส่งเสริมให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ ดังนั้นถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความแตกต่างทางเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ก็ไม่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี ที่พบว่าระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559)

สรุป/ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากสำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำส่วนความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนั้นข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางในการดำเนินการศึกษาต่อไป มีดังนี้ 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพส่งเสริมให้มีทักษะในการจัดการตนเอง และมีทักษะการตัดสินใจเพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง 2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อ



พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจะทำให้ทราบวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(1), 1-9.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติจำนวนผู้สูงอายุแยกตามจังหวัดและอายุ ปี 2561. เรียกใช้เมื่อ 17 มีนาคม 2562 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/1/159>
- กรรณิการ์ การ์สิทธิ์ และคณะ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 25(3), 280-295.
- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารระบบสาธารณสุข, 11(1), 26-36.
- จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(4), 610-619.
- ธัญชนก ชุมทอง และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. วารสารวิชาการ Veridian E - Journal, Silpakorn University (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), 3(6), 67-85.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงศ์. (2558). การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8(2), 68-75.
- นิยม จันทน์นวล และสมาลี สมชาติ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2ส. ของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 3(2), 121-127.
- นิราศศิริ โรจนธรรมกุล. (2563). การพยาบาลผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ไทยควอลิตี้บุ๊กส์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- พยาม การดี และคณะ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 24(1), 40-51.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.



- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6(ฉบับพิเศษ), 129-141.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. เรียกใช้เมื่อ 2 พฤศจิกายน 2562 จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle>
- วินัย ไตรนาทวัลย์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 13(2), 41-51.
- วิลาวัลย์ รัตน์ะ. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ใน วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-54.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). รายงานวิจัย เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อานนท์ สังฆะพงษ์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(2), 55-62.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Mauk, L. K. (2014). *Gerontological Nursing Competencies for Care*. Massachusetts: Courier.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Stewart, D. W. et al. (2014). Social support mediates the association of health literacy and depression among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *J Behav Med*, 37(6), 1169-1179.