

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต
ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามDevelopment of Health Literacy among Older Adults to Enhance
Their Quality of Life in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province

ชวานากร จรรย์ารุงทวี*

Chawanakon Chanyarongtawee*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) แบบเชิงอธิบาย เป็นลำดับ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 400 คน คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) กลุ่มตัวอย่าง 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 53.59, SD = 12.18) ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 88.83, SD = 14.63) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนต่ำสุด และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ($r = 0.62$, $p < 0.001$) ระยะที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 16.91 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 15.11 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามวงจร PAOR สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพ,
วิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

This mixed methods research, employing an Explanatory Sequential Design, aimed to: 1) develop a health literacy program for elderly individuals to enhance quality of life, and 2) evaluate the program's effectiveness in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province. The study comprised two phases. Phase 1 assessed health literacy and quality of life among 400 elderly participants selected by simple random sampling, using a 6-domain health literacy questionnaire and the WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. Phase 2 developed a health literacy enhancement model through the PAOR action research cycle. Sixty-six participants were divided equally into experimental and control groups (n = 33 each) and analyzed using Paired sample t-test and Independent t-test.

Phase 1 findings revealed that elderly participants had a moderate overall health literacy level (Mean = 53.59, SD = 12.18), with media literacy skills scoring lowest at a low level. Overall quality of life was moderate (Mean = 88.83, SD = 14.63), with social relationships scoring lowest. Health literacy showed a strong positive correlation with quality of life ($r = 0.62$, $p < 0.001$). Phase 2 results demonstrated that after program participation, the experimental group showed statistically significant improvements in health literacy by an average of 16.91 points and quality of life by 15.11 points ($p < 0.001$), both significantly higher than the control group ($p < 0.001$). The PAOR-based health literacy enhancement program effectively improved elderly participants' health literacy and quality of life. Healthcare units should adopt and expand this program to areas with similar contexts.

Keywords : Health Literacy, Quality of Life, Elderly, Health Enhancement Program, Action Research

บทนำ

สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคมอย่างรุนแรง องค์การสหประชาชาติรายงานว่าในปี ค.ศ. 2015 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน หรือ ร้อยละ 12.3 ของประชากรโลก และคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นกว่า 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2562 นับเป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยมีจำนวนมากถึง 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทย ได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged Society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน⁽²⁾ และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทย จะมีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทย จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ นำมาซึ่งความท้าทายสำคัญ ทั้งการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ความจำเป็นในการดูแลสุขภาพพระยาวัย และผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากการลดลงของแรงงานวัยทำงาน⁽²⁾

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่ไม่ได้หมายถึงเพียงการมีชีวิตรอด แต่หมายถึงการที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตที่บั้นปลายได้อย่างมีความสุข มีความมั่นคง ปลอดภัย มีสุขภาพที่ดี และสามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรี⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม สภาพปัญหาในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงพอใช้^(4,5) ส่งผลให้ขาด

ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ซึ่งระดับการศึกษา รายได้ และอายุที่เพิ่มขึ้นล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะทักษะการอ่านและการรู้เท่าทันสื่อที่ลดลงตามอายุ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ⁽⁸⁾ ย่อมส่งผลให้เกิดพลังอำนาจภายในตัวบุคคล สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน

จังหวัดมหาสารคามมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 198,622 คน คิดเป็นร้อยละ 21.42 ของประชากรทั้งหมด⁽⁹⁾ สะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดแล้ว โดยเฉพาะอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 14,446 คน คิดเป็นร้อยละ 18.29 สภาพปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง กล่าวคือพบผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงถึง ร้อยละ 28.69 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 22.43 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.91⁽¹⁰⁾ ซึ่งภาวะโรคเรื้อรังเหล่านี้อาจนำไปสู่ทุพพลภาพ ภาวะซึมเศร้า และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ครอบครัว และระบบสาธารณสุขในอนาคต โดยปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญจากการที่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้สั้นลง และกลายเป็นภาระในการพึ่งพิงของครอบครัวและชุมชนในที่สุด

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อยกระดับ คุณภาพชีวิตในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัด มหาสารคาม โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับเนื้อหาที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดความเข้มแข็ง สามารถ ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ อย่างยั่งยืน อันจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพ ชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุในวงกว้าง และการ ลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตใน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมี การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ Mixed Method แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดำเนินการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2568 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอ พยัคฆภูมิพิสัย จำนวน 400 คน คัดเลือกด้วยวิธี สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของเครจซี่และ มอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) จาก ประชากรผู้สูงอายุในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จำนวน 14,446 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่าง 375 คน และเพิ่มอีก 25 คน เพื่อป้องกันการ สูญเสียข้อมูล รวมเป็น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การอยู่อาศัย และจำนวนสมาชิกในบ้าน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 36 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ 5 ข้อ (2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 10 ข้อ (3) ทักษะการจัดการตนเอง 5 ข้อ (4) ทักษะการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ 5 ข้อ (5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ 3 ข้อ และ (6) การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง 8 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) และระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และผ่านการทดสอบ ความเที่ยง (Reliability) กับผู้สูงอายุที่อำเภอ ยางสีสุราช 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ดัดแปลงและปรับปรุง โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁽¹¹⁾ จำนวน 26 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้าน สิ่งแวดล้อม แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (26 – 60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61 – 95 คะแนน)

และระดับดี (96 – 130 คะแนน) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR กลุ่มตัวอย่าง 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อทดแทนการสูญเสียระหว่างดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนน Barthel ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้หรือตอบคำถามได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำผลการศึกษาศาสนการณ์ในระยะที่ 1 ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก 50 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ 10 คน สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล 10 คน ผู้นำชุมชน 10 คน บุคลากรด้านสาธารณสุข 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน พร้อมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มละ 5 – 8 คน มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนา จากการศึกษาพบประเด็นปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุขาดทักษะการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อดิจิทัล (2) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (3) ขาดทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ (4) ต้องการการสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว จากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว

โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง 33 คน ในช่วงเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2568 ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รูปแบบการจัดกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การชมวิดีโอทัศน์ การทำกิจกรรมกลุ่มย่อย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้เข้าร่วม โดยมีรายละเอียดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เรื่อง "การเปลี่ยนแปลงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ" มุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นตามวัย ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้น รวมถึงแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เรื่อง "ผู้สูงอายุกินดี ฟันดี ต้านโรค" มุ่งพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติการเลือกอาหารที่เหมาะสม วิธีการประกอบอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) เรื่อง "ผู้สูงอายุร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใส" มุ่งส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการจัดการสุขภาพจิต ผู้สูงอายุได้ฝึกทำออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย เรียนรู้เทคนิคการจัดการความเครียด การผ่อนคลาย และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) เรื่อง "ผู้สูงอายุรู้เท่าทันดิจิทัลและเลือกใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้" มุ่งพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อและเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุดจากการศึกษา

ในระยะที่ 1 ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การหลีกเลี่ยงข่าวปลอม (Fake News) และการตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้อง โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง

การดำเนินงานตามวงจร PAOR มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan) ผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน โดยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน เพื่อจัดทำแผนโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติตามแผน (Act) ดำเนินการจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับชุมชน ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตและบันทึกผล (Observe) ดำเนินการโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) บันทึกภาคสนาม (Field Notes) และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยกำหนดเกณฑ์ความสำเร็จไว้ที่ ร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมผ่านเกณฑ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น และขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect) คณะทำงานร่วมกันวิเคราะห์ผลจากบันทึกภาคสนาม ผลการประเมิน และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของโปรแกรม และนำไปสู่การปรับปรุงในวงจร PAOR ถัดไป

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้รับใบรับรองเลขที่ 02/2568 ลงวันที่ 30 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired sample t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาในระยะที่ 1 สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอพัยคณภูมิพิสัย จำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.50 อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 60.25 มีอายุเฉลี่ย 69.60 ปี (SD = 6.95) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.00 มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 59.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.50 มีรายได้ 1,000 - 3,000 บาท ร้อยละ 49.50 และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 44.50 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	172	39.50
หญิง	242	60.50
อายุ (ปี)		
60 - 69 ปี	241	60.25
70 - 79 ปี	116	29.00
80 ปีขึ้นไป	43	10.75
ค่าเฉลี่ย = 69.60 ปี (SD = 6.95)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา/อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	18	4.50
ประถมศึกษา	248	62.00
มัธยมศึกษา	104	26.00
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	30	7.50
สถานภาพสมรส		
โสด	21	5.25
สมรส/อยู่ด้วยกัน	238	59.50
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	141	35.25
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	218	54.50
รับจ้างทั่วไป	72	18.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	8.50
ไม่มีอาชีพ/เกษียณ	76	19.00
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 1,000 บาท	87	21.75
รายได้ต่อเดือน (บาท)(ต่อ)		
1,000 - 3,000 บาท	198	49.50
3,001 - 5,000 บาท	83	20.75
มากกว่า 5,000 บาท	32	8.00
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	54	13.50
อยู่กับคู่สมรส	127	31.75
อยู่กับบุตรหลาน	178	44.50
อยู่กับผู้อื่น	41	10.25

1.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 53.59, SD = 12.18) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อใน

การดูแลสุขภาพ (Mean = 5.14, SD = 1.87) อยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังขาดทักษะในการรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและเทคโนโลยีดิจิทัล รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 400)

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	9.24	2.31	ปานกลาง
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	6.87	1.94	ปานกลาง
3. ทักษะการจัดการตนเอง	8.92	2.18	ปานกลาง
4. ทักษะการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ	9.10	2.45	ปานกลาง
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ	5.14	1.87	ต่ำ
6. การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง	14.32	3.76	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	53.59	12.18	ปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (n = 400)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	47	11.75
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	219	54.75
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	134	33.50
รวม	400	100.00

1.3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 88.83, SD = 14.63)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 10.45, SD = 2.34) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 400)

ด้านคุณภาพชีวิต	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านสุขภาพทางกาย (Physical Domain)	27.84	5.12	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain)	22.61	4.87	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationships)	10.45	2.34	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	27.93	5.28	ปานกลาง
รวมคะแนนคุณภาพชีวิต	88.83	14.63	ปานกลาง

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.62$, $p < 0.001$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับความสัมพันธ์สูง แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย

2. ผลการศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 50 คน พบประเด็นปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปัญหาด้านการเข้าถึง

ข้อมูลและบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุยังขาดทักษะการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อดิจิทัล (2) ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (3) ปัญหาด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ (4) ความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว โปรแกรมดำเนินการกับกลุ่มทดลอง 33 คน ในช่วงเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568 มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ร้อยละ 93.75

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 33$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	Mean Difference	p value
ความรู้ด้านสุขภาพ	51.93 (12.41)	68.84 (9.73)	16.91	<0.001
คุณภาพชีวิต	86.67 (15.12)	101.78 (13.54)	15.11	<0.001

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	Mean Diff	t	p- value
ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง	51.93 (12.41)	52.47 (11.98)	-0.54	-0.18	.858
	หลังทดลอง	68.84 (9.73)	54.12 (11.26)	14.72	5.42	<0.001
คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง	86.67 (15.12)	87.24 (14.89)	-0.57	-0.15	.881
	หลังทดลอง	101.78 (13.54)	89.63 (14.21)	12.15	4.62	<0.001

วิจารณ์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอ พัทลุงภูมิพิสัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพันธ์ สุขศรี และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม⁽⁶⁾ และประไพพิศ สิงหเสน และคณะ⁽⁷⁾ ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Baker et al.⁽⁸⁾ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสวนทางกับอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบด้วยระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.00)

คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ เกษร⁽⁹⁾ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนต่ำสุด สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่ขาดการยอมรับและการมีส่วนร่วมจากสังคม จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ส่งผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต

โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์⁽¹⁰⁾ และเพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ⁽¹²⁾ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถอธิบายได้โดยอาศัยแนวคิดของ Nutbeam⁽⁴⁾ ที่แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ รูปแบบการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการบรรยาย การสาธิต กิจกรรมกลุ่มย่อย และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนของ WHO

ข้อยุติ

โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอ พัทลุงภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร PAOR สามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ หน่วยบริการสาธารณสุขควรนำโปรแกรม นี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนในอำเภอ พัทลุงภูมิพิสัย ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุงภูมิพิสัย ที่พิจารณาและอนุมัติโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population ageing 2015. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2015.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
3. Srithanee, K. Relationship between health literacy and quality of life among elderly people in Northeast Thailand. Health Systems Research Journal 2017; 11(1): 26-36.
4. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 2028; 67(12): 2072-2078.

5. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 1970; 30: 607-610
6. ศิรินันท์ สุขศรี และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี* 2560; 10(3): 228-241.
7. ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และ วรรัตน์ ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2562; 42(1): 41-52.
8. Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2000; 55(6): S368-S374.
9. จิราภรณ์ เกษร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี* 2560; 5(1): 112-124.
10. มนต์ชัย อโณวรรณพันธ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2564; 7(1): 33-47.
11. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540.
12. เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ปิยะนุช ชูโต และ พิมพัลดา อนันตสิริเกษม. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2562; 37(3): 67-80.