



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

Association between Health Literacy and Quality of Life among Elderly in the Upper Northeast of Thailand

ทิวากร พระไชยบุญ^{1*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ¹, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ², อัจฉรา นามือง³,
นาฏนภา ฮีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ⁴, อลงกรณ์ สุขเรืองกุล⁵

Tiwakron Prachaiboon^{1*}, Pannee Banchonhattakit¹, Petcherut Sirisuwan², Atchara Namuang³,
Natnapa Heebkaew Padchasuwan⁴, Alongkorn Sukrueangkul⁵

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จำนวน 516 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและ WHOQOL-BREF วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multiple logistic regression ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยม (Adj. OR = 2.13; 95%CI: 1.38 - 3.28) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-10,000 บาท/เดือน (Adj. OR = 2.02; 95%CI: 1.25 - 3.27) และมากกว่า 10,000 บาท/เดือน (Adj. OR = 4.87; 95%CI: 2.53 - 9.36) อาชีพเกษตรกร (Adj. OR = 2.66; 95%CI: 1.68 - 4.19) อาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบำนาญ รัฐวิสาหกิจ (Adj. OR = 4.52; 95%CI: 1.92 - 10.63) ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง (Adj. OR = 2.09; 95%CI: 1.36 - 3.20) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Adj. OR = 7.16; 95%CI: 4.18 - 12.28) ไม่พิการ (Adj. OR = 2.24; 95%CI: 1.03 - 4.89) สรุปผล ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัว การมีอาชีพที่มั่นคง ที่อยู่อาศัยและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

Citation:

Prachaiboon T, Banchonhattakit P, Sirisuwan P, Namuang A, Padchasuwan NH, Sukrueangkul A. Association between health literacy and quality of life among elderly in the Upper Northeast of Thailand. Health Sci J Thai 2022; 4(2): 48-56; (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253599>.

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี 12120

² คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 45120

³ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 40000

⁴ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

⁵ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 30000

¹ Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University. Pathumthani, 12120, Thailand

² Faculty of Liberal Arts and Science, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, 45120, Thailand.

³ Regional Health Promotion Centre 7 Khon kaen, Department of Health, Ministry of Public Health, Khon Kaen, 40000, Thailand

⁴ Faculty of Public Health, Khon Kaen University. 40002, Thailand

⁵ Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, 30000, Thailand

*Corresponding authors: Email: tiwakom.phra@vru.ac.th Tel: 080-7475137

Received: Sep 14, 2021; Revised: Mar 9, 2022; Accepted: Mar 14, 2022.

<https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253599>

Abstract

This is a cross-sectional analytical study that aims to study the association between health literacy and quality of life among elderly. In this study, the multistage stratified systematic random sampling was used to recruit 516 elderly samples. The data were collected by health literacy questionnaire and the World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) and multiple logistic regression was used for data analysis. The result revealed that factors associated with quality of life among elderly in the Upper Northeast of Thailand were adequate and excellent health literacy level (Adj. OR = 2.13; 95%CI: 1.38 - 3.28), monthly household income at 5,000-10,000 Baht (Adj. OR = 2.02; 95%CI: 1.25 - 3.27), and household income more than 10,000 Baht (Adj. OR = 4.87; 95%CI: 2.53 - 9.36), the occupation of agriculture (Adj. OR = 2.66; 95%CI: 1.68 - 4.19), the occupation of business, self-employed, government pensioner, and state enterprise (Adj. OR = 4.52; 95%CI: 1.92 - 10.63), living in municipal housing (Adj. OR = 2.09; 95%CI: 1.36 - 3.20), non-drinking alcohol (Adj. OR = 7.16; 95%CI: 4.18 - 12.28), and non-disability (Adj. OR = 2.24; 95%CI: 1.03 - 4.89). It can be concluded that the elderly had adequate and excellent levels of health literacy that were positively associated with good quality of life among the elderly. Therefore, factors such as household income, stable occupations, habitation, and drinking alcohol are important to improve the quality of life in the elderly.

Keyword: Elderly, Health literacy, Quality of life

บทนำ

โลกกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์การสูงวัยของประชากร ส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี ในปี 2050 คาดการณ์ว่าจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนประมาณ 2 พันล้านคนเพิ่มขึ้น 900 ล้านคนจากปี 2015⁽¹⁾ โดยประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 64.2 ปี ในปี 1990 เป็น 72.6 ปี ในปี 2019 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 77.1 ปี ในปี 2050 โดยในปี 2018 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คาดว่าภายในปี 2050 (ปี พ.ศ. 2593) จำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าจาก 143 ล้านคนในปี 2019 เป็น 426 ล้านคนในปี 2050⁽²⁾ ประชากรในอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุอันดับ 2 (ร้อยละ 17) รองจาก

จากสิงคโปร์ ร้อยละ 20 และเวียดนาม ร้อยละ 11 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 10 ล้านกว่าคน โดยมี 8 แสนกว่าคนที่อยู่คนเดียวในบ้านตามลำพัง ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัวในรอบ 20 ปีที่ผ่านมาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2558 สำรวจผู้สูงอายุ 6 ล้านกว่าคน พบผู้สูงอายุกว่า 1.3 ล้านคน อยู่ในสภาพติดบ้านติดเตียง ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการดูแล มีภาวะซึมเศร้าเหงาและมีปัญหาด้านการเงิน โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศในปี 2557 ได้แก่ นครราชสีมา 423,934 คน รองลงมาคือขอนแก่น 292,217 คน เชียงใหม่ 274,331 คน อุบลราชธานี 273,687 คน นครศรีธรรมราช 256,617 คน ตามลำดับ⁽³⁾

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือทักษะทางปัญญาและทางสังคม เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการที่จะเข้าใจ เข้าใจ และการใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์⁽⁴⁾ โมเดลของ Sorensen เป็นโมเดลที่ผสมผสานองค์ประกอบทั้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจากโมเดลของ Nutbeam และโมเดลของ Manganello เข้าด้วยกันโดยมีองค์ประกอบของโมเดลมี 4 มิติดังนี้ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพได้นำไปใช้ใน 3 ด้านในงานด้านสุขภาพดังนี้ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁵⁻⁷⁾ ระดับความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 58.9 รองลงมาอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 24.3 และระดับไม่ดีพอร้อยละ 16.8⁽⁸⁾

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นปัญหาผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เสี่ยงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ดี เพราะมีความเสี่ยงต่อการป่วยติดเตียง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การอยู่คนตามลำพัง สถานะทางการเงิน และโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และปัจจัยอื่นๆ เพื่อหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในปี พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่เป็นผู้มีโรคประจำตัวและโรคติดต่อร้ายแรง ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง สามารถสื่อสารได้ อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เป็นต้น เกณฑ์คัดออกคือผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 516 คน ด้วยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน⁽⁹⁾ การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างอย่างง่ายสำหรับแบบการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์⁽¹⁰⁾ ดังนี้

$$n = \frac{(P(1-P)(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}))^2}{B(1-B)(P_0 - P_1)^2}$$

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายปัจจัย เพื่อให้การควบคุมผลของปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจส่งผลระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจตั้งที่กล่าวมา กล่าวคือ ค่าพารามิเตอร์ ที่จะนำเข้าประมาณค่าในโมเดล (Regression model) ทั้งหมด เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริงได้ทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ครวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) และจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation factor หรือ VIF ผู้วิจัยเลือก p^2 เท่ากับ 0.75 เนื่องจากค่า VIF เท่ากับ 4.00 จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 516 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับตัวแปรตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเครื่องมือมีทั้งหมด 4 ส่วน รายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน/อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสร้างคำถามประยุกต์ตามแบบ HLS-EU-Q47⁽¹¹⁾ โดยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อหลักคือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจข้อมูล ทักษะการประเมินข้อมูล และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF จำนวน 26 ข้อ ตามกรอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 4 มิติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม⁽¹²⁾

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ Content validity index (CVI) เป็นสัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และต้องมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.80 และสัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 1.00

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะ

สภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งต้องมีค่าความเที่ยง 0.70 ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์⁽¹³⁾ โดยด้านความรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และค่ารวมแบบสอบถามค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหาความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 โดยมีค่าจำแนกความยากง่าย ค่า r มากกว่า 0.70 โดยผลการทดสอบแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเที่ยง เท่ากับ 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้เทคนิคทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ตัวแปรตาม (Dependent variable) เป็นตัวแปรแจกแจง (Categorical variable) ชนิด Dichotomous outcome คือกลุ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดี (Yes) และกลุ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่ดี (No) ปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กำหนดให้เป็นที่น่าสนใจ Main interest ส่วนปัจจัยอื่นกำหนดให้เป็น Covariate variable ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จะนำเข้าไปใน Final model

จากความสัมพันธ์แบบ Multivariable analysis จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multiple logistic regression และรายงานผลด้วยค่า Adjusted odds ratios (Adj. OR) พร้อมทั้งช่วงเชื่อมั่นที่ 95%CI

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 632078 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 516 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.31 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 49.81 มีอายุเฉลี่ย 70.75 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.46 อายุต่ำสุด 60 ปีและอายุสูงสุด 98 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส / คู่ ร้อยละ 52.71 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.88 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.87 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 45.16 อาศัยอยู่กับครอบครัว 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 68.80 เขตที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง ร้อยละ 55.62 ดัชนีมวลกาย (kg/m²) ส่วนใหญ่น้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 39.73 การสูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.97 การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 69.77 ความพิการส่วนใหญ่ไม่พิการ ร้อยละ

88.76 ระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ในระดับไม่เพียงพอ/เป็นปัญหา ร้อยละ 51.36 ความรู้ในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.17

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple logistic regression ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) โดยปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กำหนดให้เป็นที่สนใจ Main interest ส่วนปัจจัยอื่นกำหนดให้เป็น Covariate variable พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ/ดีเยี่ยม (Adj. OR = 2.13; 95%CI: 1.38 - 3.28) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-10,000 บาท/เดือน (Adj. OR = 2.02; 95%CI: 1.25 - 3.27) และ 10,001 บาท/เดือน ขึ้นไป (Adj. OR = 4.87; 95%CI: 2.53 - 9.36) อาชีพเกษตรกรกรรม (Adj. OR = 2.66; 95%CI: 1.68 - 4.19) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ (Adj. OR = 4.52; 95%CI: 1.92 - 10.63) ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง (Adj. OR = 2.09; 95%CI: 1.36 - 3.20) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (Adj. OR = 7.16; 95%CI: 4.18 - 12.28) ไม่มีความพิการ (Adj. OR = 2.24; 95%CI: 1.03 - 4.89) ดังแสดงในตารางที่ (Table 1)

Table 1 Association between health literacy and quality of life among elderly (n = 516)

Factors	Number	% Good QOL	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p-value
Health literacy						<0.001
Inadequate/Problematic	265	28.30	1	1		
Sufficient/Excellent	251	48.21	2.35	2.13	1.38-3.28	
Monthly family incomes (Baht/Month)						<0.001
<5,000	201	26.37	1	1		
5,000-10,000	233	39.91	1.85	2.02	1.25-3.27	
≥10,001	82	60.98	4.36	4.87	2.53-9.36	

Table 1 Association between health literacy and quality of life among elderly (n = 516) continued

Factors	Number	% Good QOL	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p-value
Occupation						<0.001
Not-working	247	27.53	1	1		
Agriculture	230	45.22	2.17	2.66	1.68-4.19	
Business, personal business government pensioner, state enterprise	39	61.54	4.21	4.52	1.92-10.63	
Living						<0.001
Subdistrict municipality	287	43.90	1	1		
Town municipality	229	30.57	1.77	2.09	1.36-3.20	
Drinking alcohol						<0.001
Yes	156	18.59	1	1		
No	360	46.39	3.78	7.16	4.18-12.28	
Disability						0.041
Yes	58	17.24	1	1		
No	458	40.61	3.28	2.24	1.03-4.89	

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งอภิปรายประเด็นและข้อค้นพบที่สำคัญตามวัตถุประสงค์การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหาร้อยละ 51.36 ในระดับเพียงพอและดีเยี่ยมร้อยละ 48.64 ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความสามารถในการมองเห็น การเข้าถึงข้อมูลมีข้อจำกัดอยู่เฉพาะจากการอ่านหนังสือ หรือการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ในปี 2559 และในปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง ยากที่จะทำความเข้าใจกับสิ่งใหม่ และด้วยความบกพร่องทางกาย⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับบุคคลและส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ ผู้สูงอายุอิหร่านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีการกินยาตรงเวลา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่สูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง⁽¹⁸⁾ ระดับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุลดต่ำลงหรือไม่เพียงพอ ระดับคุณภาพชีวิตก็จะลดลงตามไปด้วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โดยเฉลี่ยที่สูงขึ้น มีความยากลำบากในการพูดคุยการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ⁽¹⁹⁾

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ รายได้เฉลี่ยครัวเรือนมากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน อาชีพเกษตรกรรวม ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบำนาญและรัฐวิสาหกิจ ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล ไม่มีตึกราม ไม่มีรถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าสถานะทางการเงินที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมาก⁽²⁰⁻²⁴⁾ รายได้ที่ดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อสนองตอบความต้องการไม่ใช่แค่เพียงความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต⁽²⁵⁾ การอยู่อาศัยในพื้นที่เทศบาลเมืองสามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสุขภาพได้ง่าย มีสวนสาธารณะสำหรับทำกิจกรรมและเป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ สอดคล้องกับบทบาทของสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อวัยกับคุณภาพของชีวิตผู้สูงอายุไทย^(20, 26) กลุ่มที่มีอาชีพหรือกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบำนาญและรัฐวิสาหกิจ ได้มีใช้ความสามารถใช้ประสบการณ์ที่มีในการทำงาน มีบทบาทในสังคมและให้สร้างรายได้ให้ครอบครัว และการเดินทางที่สะดวกทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เครียด ไม่ส่งผลเสียทางด้านร่างกายและอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย⁽²²⁾ ความพิการส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดการเจ็บป่วยต้องเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ฉะนั้นผู้ที่ไม่พิการจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(22, 27-28)

ข้อเสนอแนะ

1) องค์กรและหน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลงานวิจัยนี้ไปวางแผนเพื่อรับมือกับผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

2) องค์กรและหน่วยงานของรัฐจัดโปรแกรมส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

3) พัฒนาระบบสุขภาพด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ และเพื่อวางแผนนโยบาย แนวทาง เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่และบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่วิจัยและอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อย่างดี และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Ageing and health. [Internet]. 2018 [Cited in 2 July, 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). Geneva: WHO; 2019.
3. Department of Health Service support. Currently, there are more than 800,000 elderly people living alone, with another

- 1.3 million living in their homes and sleeping surly. The trend is increasing. [Internet]. 2017 [Cited in 7 April, 2021]. Available from: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=337.
4. World Health Organization. Health promotion glossary. [Internet]. 1998 [Cited in 15 April, 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>.
 5. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12(1): 80.
 6. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-267.
 7. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res* 2008; 23(5): 840-847.
 8. Intarakamhang U. Health Literacy: Measurement and Development. Bangkok: Sukhumvitprinting.; 2017. (In Thai).
 9. Chaiyaha A, Numkum L and Rukkapao N. The Relationship between Health Literacy, Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in Lamphun Province. *Thai Science and Technology Journal* 2020, 28(1), 182-196. (In Thai)
 10. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998, 17(14): 1623-1634.
 11. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan M, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013; 13(1): 948.
 12. Mahatnirunkul S, Tuntipivanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai* 1998; 5(3): 4-15.
 13. Kitpridaborisud B. Techniques for creating tools and collecting data for research (Seven edition). Bangkok: Sri Anan Printing.; 2010. (In Thai).
 14. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res* 2016; 30(5): 315-321.
 15. Srithanee K. Relationship between Health Literacy and Quality of the Elderly's Life at the Central Part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2017; 11(1): 26-36. (In Thai).
 16. Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontol Geriatr Med* 2016; 2(1): 1-13.
 17. Verney SP, Gibbons LE, Dmitrieva NO, Kueider AM, Williams MW, Meyer OL, et al. Health literacy, sociodemographic factors,

- and cognitive training in the active study of older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34(4): 563–570.
18. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(1): 134–143.
 19. Panahi R, Osmani F, Sahraei M, Ebrahimi S, Nehadghashti MS, Javanmardi E. Relationship of health literacy and quality of life in adults residing in Karaj, Iran. *J Educ Community Health* 2018; 4(4): 13–19.
 20. Tiraphat S, Peltzer K, Thamma-Aphiphol K, Suthisukon K. The role of age-friendly environments on quality of life among Thai older adults. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(3): 1-13.
 21. Somrongthong R, Wongchalee S, Ramakrishnan C, Hongthong D, Yodmai K, Wongtongkam N. Influence of socioeconomic factors on daily life activities and quality of life of Thai elderly. *J Public Health Res* 2017; 6(1): 49-55.
 22. Hongthong D, Somrongthong R, Ward P. Factors influencing the quality of life among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iran J Public Health* 2015; 44(4): 479-485.
 23. Hanklang S, Ratanasiripong P, Naksranoi S, Sathira-Anant S, Patanasri K. Quality of life and mental health among Thai older workers in community enterprises. *J Health Res* 2018; 32(3): 237-250.
 24. Gobbens RJ, Remmen R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clin Interv Aging* 2019; 14(1): 231-239.
 25. Rittirong J, Prasartkul P, Rindfuss RR. From whom do older persons prefer support?: The case of rural Thailand. *J Aging Stud* 2014; 31(1): 171-181.
 26. World Health Organization. *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. [Internet]. 2007 [Cited in 20 January, 2020]. Available from: http://www.Who.int/ageing/publications/global_age_friendly_cities_guide_english.Pdf?Ua=1.
 27. Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 53(1): 19-23.
 28. Lasisi AO, Gureje O. Disability and quality of life among community elderly with dizziness: report from the Ibadan study of ageing. *J Laryngol Otol* 2010; 124(9): 957-962.