

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี

จังหวัดสมุทรปราการ

Health Literacy among Elderly People in Bangplee District,

Samutprakarn Province

อมรรัตน์ ลีอนาม

วาสนา ศีลังาม

นิรัฎฐกาญจน์ จันทรา

เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจรัลกุล

ดวงพร กตัญญูตานนท์

นิลาวรรณ งามขำ

กมลทิพย์ รัตนสุวรรณชัย

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ

วิภาวรรณ เพ็งพานิช

ดวงหทัย แสงสว่าง

อัคราช ภมรพล

พรพิมล เชวงศักดิ์โสภาคย์

ชญญา เจียมใจ

อารยา คำช่วย

ธัญพร เจเถื่อน

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
ผู้วิจัย	อมรรัตน์ ลีอนาม วาสนา ศีลางาม นิรัญกาญจน์ จันทรา เสาวลักษณ์ ลักษมีจรัสกุล ดวงพร กตัญญูตานนท์ นิตาวรรณ งามขำ กมลทิพย์ รัตนสุวรรณชัย อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ วิภาวรรณ เพ็งพานิช ดวงหทัย แสงสว่าง อัคราช ภมรพล พรพิมล เขวงศักดิ์โสภาคย์ ชัญญา เจียมใจ อารยา คำช่วย ธิญพร เจเดือน
สถาบัน	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์	2564
สถานที่พิมพ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย	144
คำสำคัญ	ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อำเภอบางพลี, จังหวัดสมุทรปราการ
ลิขสิทธิ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 564 ราย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยนำแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างแบบตัวต่อตัว ข้อมูลในแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ เพื่อหาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยควบคุมตัวแปรร่วมอื่น ๆ นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (AOR), 95% CI และ p-value

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้ มีคะแนนโดยรวมเฉลี่ย 125.63 ± 26.29 (95% CI: 123.45-127.80) หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง พิจารณาคะแนนของแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 20.30 ± 5.12 (95% CI: 19.87-20.72) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 16.33 ± 5.18 (95% CI: 15.91-16.76) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 15.78 ± 4.52 (95% CI: 15.40-16.15) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 39.23 ± 8.09 (95% CI: 38.56-39.90) และการจัดการสุขภาพตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 33.97 ± 8.33 (95% CI: 33.28-34.66) จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร เมื่อควบคุมอิทธิพลปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุน้อยกว่า 70 ปี (Adjusted OR = 1.91; 95% CI = 1.16-3.14; p-value = 0.011) ดัชนีมวลกายเกิน-อ้วน (≥ 23 กิโลกรัม/ม²) (Adjusted OR = 3.09; 95% CI = 1.90-5.03; p-value = <0.001) เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (Adjusted OR = 0.32; 95% CI = 0.18-0.55; p-value = <0.001) เคยรับประทานอาหารเสริมสุขภาพ (Adjusted OR = 2.50; 95% CI = 1.47-4.26; p-value = 0.001) ได้ยินชัดเจน (Adjusted OR = 0.55; 95% CI = 0.32-0.94; p-value = 0.031) พูดคล่อง (Adjusted OR = 4.15; 95% CI = 2.13-8.06; p-value = <0.001) อ่านได้ดี (Adjusted OR = 3.12; 95% CI = 1.84-5.28; p-value = <0.001) เขียนคล่อง (Adjusted OR = 3.21 ; 95% CI = 1.92-5.35; p-value = <0.001) เครียดน้อย - ปานกลาง (Adjusted OR = 1.72; 95% CI = 1.05 -2.79; p-value = 0.029) และคุณภาพชีวิตที่ดี (Adjusted OR = 9.01; 95% CI = 4.96-16.37 ; p-value = <0.001)

โดยสรุปผลวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า อายุ ดัชนีมวลกาย ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดประเภทบริการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยข้างต้น

Research Title	Health Literacy among Elderly People in Bangplee District, Samutprakarn Province
Researcher(s)	Amornrat Luenam, Wasana Silangam, Nianyakarn Chantra, Saovalug Luksamijarulkul, Tuangporn Katanyutanon, Nilawan Ngamkham, Kamonthip Rattanasuwannachai, Anothai Palitnonkert, Wipawan pengpanich, Duanghathai Sangsawang, Akkarat Phamonphon, Pornpimol Chawengsaksopark, Chanya Jiemjai, Araya Dumchauy, Thanyaporn chethouan
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2021
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	144
Keywords	Elderly, Health Literacy, Bangplee District, Samutprakarn Province
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the health literacy (HL) and the associated factors in elderly people in Bangplee District, Samutprakarn Province. A cross-sectional study was conducted on a sample of 564 elderly people aged 60 years and above who were identified by stratified random sampling. Data were obtained from study participants using face-to-face interviews using designed questionnaires on socioeconomic status (SES), physical capability, barthel activities of daily living (ADL), quality of life (QoL), stress, depression, environmental management and housing, and HL. Multiple logistic regressions were used to identify potential determinants of HL

when controlling other covariates, presenting adjusted odds ratio (AOR), 95% CI and p-value.

The overall HL scores was 125.63 ± 26.29 (95%CI:123.45-127.80) which indicates that participants have enough HL and might had some proper health behavior. The scores of each component were as followed: 20.30 ± 5.12 (95%CI: 19.87-20.72) for the accessing health care information, 16.33 ± 5.18 (95%CI: 15.91-16.76) for understanding adequate health information to practice, 15.78 ± 4.52 (95%CI:15.40-16.15) for the verification data and health care services, 39.23 ± 8.09 (95%CI: 38.56-39.90) for the communicating and social support, and 33.97 ± 8.33 (95%CI: 33.28-34.66) for the managing their health condition. The multiple logistic regression indicated that the odds of having HL were significantly higher among those who aged <70 years old (AOR = 1.91; 95%CI = 1.16–3.14; p-value = 0.011), BMI (≥ 23 kg/m²)(AOR = 3.09; 95%CI = 1.90–5.03; p-value = <0.001), consumed energy drink (AOR = 0.32; 95%CI = 0.18–0.55; p-value= <0.001), consumed dietary supplement (AOR = 2.50; 95%CI = 1.47–4.26; p-value= 0.001), fair to good level of hearing ability (AOR = 0.55; 95%CI = 0.32–0.94; p-value= 0.031), fair to good level of speaking ability (AOR = 4.15; 95%CI = 2.13–8.06; p-value= <0.001), fair to good level of reading ability (AOR = 3.12; 95%CI = 1.84–5.28; p-value= <0.001), fair to good level of writing ability (AOR = 3.21; 95%CI = 1.92–5.35; p-value= <0.001), low to moderate level of stress (AOR = 1.72; 95%CI = 1.05 –2.79; p-value= 0.029), and good QoL(AOR = 9.01; 95%CI = 4.96–16.37.; p-value= <0.001) were significantly associated with HL, when controlling for other covariates.

The results of this study demonstrated that HL level is low among elderly peoples and needs special attention. The level of QoL was the most important determinant of HL. It seems that the best way to increase HL among elderly peoples is HL intervention programs that should be implemented with respect to aged, BMI (≥ 23 kg/m²), consumed energy drink, consumed dietary supplementary, hearing ability, speaking ability, reading ability, writing ability and low-moderate level of stress.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอบพระคุณ
องค์การบริหารส่วนตำบลบางปลา องค์การบริหารส่วนตำบลบางแก้ว และองค์การบริหารส่วนตำบล
บางพลีใหญ่ ที่ช่วยประสานงานกับพื้นที่ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่
อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก
ในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการ
ตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่อนุเคราะห์สนับสนุนทุน
การวิจัย และท้ายสุดขอขอบคุณนักศึกษาที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย	38
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	40
วิธีการศึกษา	40
ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิจัย	56
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	96
สรุปผลการวิจัย	96
อภิปรายผล	99
ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม	110

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	121
ก แบบสอบถาม	121
ข ประวัติย่อผู้วิจัย	138



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แนวทางจำแนกการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam	17
3.1	ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการปรับเปลี่ยน (vary) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Rho หรือ โรว์)	42
3.2	จำนวนตำบลและผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (จำนวน 20,395 ราย)	43
3.3	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุจำแนกตามตำบล ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (จำนวน 564 ราย)	43
4.1	จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	58
4.2	จำนวน และร้อยละของสมรรถภาพทางกายกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	64
4.3	จำนวนและร้อยละของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	65
4.4	จำนวนและร้อยละของความเครียดกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	66
4.5	จำนวนและร้อยละของความเครียดกลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย)	66
4.6	จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	68
4.7	จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย)	69
4.8	จำนวนและร้อยละของการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	72
4.9	จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงความเชื่อมั่น 95% ของคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	76
4.10	จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (จำนวน 564 ราย)	77
4.11	ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงความเชื่อมั่น 95% ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)	81
4.12	จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย)	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
4.13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์ที่ ละคู่) (จำนวน 564 ราย)	89
4.14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์ แบบหลายตัวแปร) (จำนวน 564 ราย)	94



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่	
2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	39
3.1 การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี	40



บทที่ 1

บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในแต่ละปี ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของโลก ให้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรรวม และจะปรับตัวเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยที่อยู่อาศัยจริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกันในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป⁽¹⁾ จากการวิเคราะห์แนวโน้มและสถานการณ์ประชากรโลก จะมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนมากกว่าประชากรทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2693^(2,3) ในขณะที่ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน ปี พ.ศ. 2560 ประมาณ 10 ล้านคน หรือร้อยละ 15.45 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2574⁽⁴⁾ ภายหลังประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10) มาแล้วนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.64 มากเป็นอันดับสอง รองจากประเทศสิงคโปร์ในกลุ่มอาเซียน⁽⁵⁾ ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทำให้ประชากรที่เข้าสู่วัยสูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคมผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือ หรือมีภาวะพึ่งพิงคนรุ่นถัดไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความคาดหวังในการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเริ่มมีข้อจำกัดยิ่งขึ้น เมื่อพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.7 ต้องอยู่คนเดียว ตามลำพัง ไม่มีลูกหลานหรือญาติใกล้ชิด⁽⁶⁾ ขณะที่กลุ่มคนรุ่นถัดไปคือกลุ่มประชากรวัยแรงงานและวัยเด็ก ซึ่งจะต้องแบกรับภาระในการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานจะมีสัดส่วนต่อผู้สูงอายุลดลง คือจากสัดส่วนวัยแรงงาน 6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเป็น 3 ต่อ 1 ในปี พ.ศ. 2563 และจะลดลงเหลือ 2 ต่อ 1 ภายในปี พ.ศ.2583⁽⁷⁾ ดังนั้นผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์และจำเป็นต้องอ่านใบสั่งยาของแพทย์ มีข้อจำกัดในการพึ่ง และอ่านคำแนะนำหรือข้อมูลสุขภาพ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคที่มีความซับซ้อนเท่านั้น แต่จะต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญา อันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย⁽⁸⁾ ถือเป็นความท้าทายในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพ และคุ้มครองคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) นอกจากนี้การจัดกิจกรรมดังกล่าว อาจจะไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งยังไม่ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ อัน จะส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุขาดความสมบูรณ์ การจำแนกกลุ่ม ผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถทำได้โดยการใช้เครื่องมือวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น พื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ⁽⁹⁾ การมี ระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานต่ำจะมีผลต่อภาวะสุขภาพอันจะเพิ่มอัตราการการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น รวมถึงมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น⁽¹⁰⁾ ในทางตรงข้ามถ้าหากมีระดับความ รอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสูงหรือเพียงพอจะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย และลด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ⁽¹¹⁻¹³⁾ ซึ่งองค์การอนามัยโลก รวมถึงประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพของประชาชน เพราะถ้าประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ก็จะส่งผลต่อภาวะ สุขภาพโดยรวม และจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มี ข้อจำกัดความสามารถในการเรียนรู้และทักษะด้านต่างๆ ลดลงตามไปด้วย และเป็นกลุ่มวัยที่มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มวัยอื่น⁽¹⁴⁻¹⁸⁾

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย โดยพบว่า ร้อยละ 70 มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรค หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน เป็นต้น⁽¹⁹⁻²¹⁾ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้อง ได้รับการดูแลระยะยาว และต้องเข้ารับบริการในระบบสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพจำนวนมาก บางครั้งอาจจะได้ข้อมูลเป็นคำศัพท์ที่เข้าใจยาก และข้อมูลมีแหล่งที่หลากหลาย เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ หนังสือ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น^(14, 22) ทำให้ผู้สูงอายุจะต้องตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ เพื่อดูแล สุขภาพของตนเองให้เหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำนายของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมตัดสินใจและมี ส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจากผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังคงพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และเบาหวาน และยังคงมีความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การใช้ สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽²³⁾ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ ความไม่ปลอดภัยและสภาพสิ่งแวดล้อมที่พ้ออาศัยหรือในชุมชนที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อพฤติกรรม

ทางด้านสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อันเนื่องมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำย่อมส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำตามไปด้วย⁽²⁴⁾ ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถจัดการตนเองในเรื่องสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมถึงไม่สามารถทำความเข้าใจและใช้การตัดสินใจเลือกรับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพได้⁽²⁵⁾ นอกจากนี้หลายผลการศึกษาได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอายุที่เพิ่มขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะ และสมรรถภาพทางร่างกายที่ลดลง เช่น ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน และความสามารถในการเขียน และดัชนีมวลกาย (น้ำหนักเกิน) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ⁽¹⁰⁾ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงอยู่ในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า⁽²⁶⁾ ขณะเดียวกันรายได้ยังคงเป็นข้อจำกัดของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ไม่เหลือเก็บ เป็นหนี้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเดิน การแต่งกาย การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร⁽²⁶⁾ อาจเนื่องจากความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพของตน⁽²⁷⁾ นอกจากนี้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า⁽²⁸⁾ และความสามารถเข้าถึงสื่อสุขภาพ^(29, 30) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถสะท้อนหรืออธิบายการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง⁽¹³⁾

จังหวัดสมุทรปราการมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน จากการสำรวจประชากรปี พ.ศ. 2560 พบมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,283,331 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 181,703 คน⁽⁴⁾ หรือร้อยละ 14.16 ของประชากร ส่งผลทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างผู้สูงอายุที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ (Completed Aged Society) ภายในปี พ.ศ.2574⁽⁴⁾ นอกจากนี้จังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจ รองรับการขยายตัวจากกรุงเทพมหานคร ทั้งในด้านการผลิต ภาคอุตสาหกรรม การค้า การบริการ จึงทำให้มีประชากรวัยแรงงานและผู้สูงอายุย้ายถิ่นฐานจากที่อื่นมาอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการเป็นจำนวนมาก มีทั้งประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามาโดยจ้างย้ายที่อยู่อย่างถูกต้อง และไม่จ้างย้ายที่อยู่เข้ามาอาศัย ทำให้จำนวนประชากรมีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรเกือบเท่าตัว⁽³²⁾ มีผลให้จังหวัดสมุทรปราการมีความหนาแน่นของประชากร มากถึง 1288.2814 คนต่อตารางกิโลเมตร มากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ⁽³³⁾ ในขณะที่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีจำนวน 6 ตำบล จำนวน 89 หมู่บ้าน จำนวน 130,940 หลังคาเรือน และจำนวนประชากร 249,068 คน โดยอำเภอบางพลี มี

สภาพพื้นที่เป็นเขตปริมณฑล เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ใช้ชีวิตแบบต่างตนต่างอยู่ มีอาณาเขตติดกับกรุงเทพมหานคร ทำให้เปลี่ยนสภาพจากเกษตรกรรมเป็นพื้นที่อยู่อาศัยและประกอบธุรกิจ ส่งผลให้อัตราการขยายตัวของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งจากจำนวนประชากรทั้งสิ้นคิดเป็นจำนวนผู้สูงอายุ 29,414 คน หรือร้อยละ 11.80 ของประชากรทั้งหมด นั้นหมายความว่า อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรรวม) ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่ตามลำพังมากขึ้น เนื่องด้วยลักษณะการดำเนินชีวิตในปัจจุบันจากการที่บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนค่อนข้างสูง โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มากถึงร้อยละ 20.91 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 3.49 ส่งผลให้มีภาวะพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพรวมถึงผู้ดูแล (care giver) มากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึง เข้าใจ และประเมินใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง⁽³²⁾

ด้วยเหตุผลนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว ทำให้ไม่ทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทำนายระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยนอร่องเพื่อที่จะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะที่ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม เป็นต้น และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในระดับพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุข กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นต้น ในการกำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพผ่านการกำหนดกิจกรรมหรือชุดกิจกรรม (Intervention) สำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีอย่างเป็นระบบ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

3. คำถามวิจัย

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในระดับใด

2. คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ หรือไม่

4. ขอบเขตของการวิจัย

ด้านเนื้อหา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

ด้านประชากร ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลบางแก้ว ตำบลบางพลีใหญ่ และตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัย

ด้านตัวแปร

1. **ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)** ประกอบด้วย ตัวแปร 6 ปัจจัยดังนี้

1) **ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับทางการศึกษา สถานภาพการสมรส การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ ประเภทรายจ่ายประจำในแต่ละเดือน การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ การเข้าร่วมกิจกรรมทาง

ศาสนา เขตที่อยู่อาศัย การใช้สิทธิการรักษา สถานพยาบาลที่มาใช้บริการ และโรคเรื้อรัง

2) **ปัจจัยด้านสมรรถภาพทางกาย** ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน และความสามารถในการเขียน

3) **ปัจจัยด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน**

4) **ปัจจัยด้านความเครียด**

5) **ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า**

6) **ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต** ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ ด้านกาย (Physical) ด้านจิต (Psychological) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

7) **ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย**

2. **ตัวแปรตาม (Dependent Variables)** ได้แก่ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง

ด้านเวลา การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ วันที่ 31 กรกฎาคม 2562 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 รวมระยะเวลา 12 เดือน

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่ผู้สูงอายุใช้ทักษะทางด้านความคิด ด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

การเข้าถึงข้อมูลและบริการ หมายถึง ความสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแหล่งบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือเพื่อลดปัญหาสุขภาพ

การเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพในแบบฟอร์ม การทำตามคู่มือด้านสุขภาพ อ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ และการฟังรู้เรื่องและเข้าใจในเนื้อหาคำพูดที่ผู้ให้บริการสุขภาพได้ถ่ายทอดให้

การตรวจสอบข้อมูลบริการ หมายถึง ความสามารถเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพ การตรวจสอบ ความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล การค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม

การจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง วิธีการ ทักษะและกลยุทธ์ของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรงเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตัวเอง เช่น การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การทำตามแผน การปรับเปลี่ยนวิธีการ และการทบทวน

การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ไว้วางใจ คอยให้กำลังใจ รวมถึงบุคคล คนรอบข้าง ญาติที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจหรือการมีความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้บริบทสถานะแวดล้อมและสังคมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการดำรงชีวิต

สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถของร่างกายที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน และความสามารถในการเขียน

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติตนเองในกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตนเอง การแต่งกาย การเดิน การอาบน้ำ การกลั่นอุจจาระ และปัสสาวะ

ความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้าสร้อย หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย

ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย หมายถึง สภาพที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ทั้งภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านที่ไม่มีอันตราย หรือไม่อยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้แก่ พื้นบ้าน ห้องน้ำ – ห้องส้วม บันได ประตู ทางลาด พื้นห้อง

และฝาผนัง ห้องนอน มุมพักผ่อน การเลือกใช้สีในการตกแต่งบ้าน โดยใช้แบบประเมินตามมาตรฐาน
 ขั้นต่ำที่สำนักงานมีสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปจัดกิจกรรมต่างๆ อาทิ เช่น
 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ให้เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ

2. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูล
 พื้นฐานที่สำคัญหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ตลอดจนสำนักงาน
 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรปราการใช้ในการพัฒนาระดับความรู้ด้าน
 สุขภาพ ตามการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งลดข้อจำกัดหรือปัจจัยที่ได้จากข้อค้นพบ
 ในการศึกษาครั้งนี้ที่มีต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อลดการพึ่งพิงระบบบริการทาง
 การแพทย์และภาวะพึ่งพิงของคนในครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ และเพื่อให้เพื่อสอดคล้อง
 ต่อนโยบายประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 ตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ทั้ง 4 ด้าน ที่ประกอบด้วย
 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยใช้กลยุทธ์ PIRAB (Partner, Investment, Regulate,
 Advocate, Building capacity) ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพในทุกกลุ่มวัยทั้ง 4 มิติ (ด้านส่งเสริม
 สุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ) มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง จุดเริ่มต้นของ
 การพัฒนาคุณภาพชีวิต คือเริ่มจากการพัฒนาตนเอง โดยเน้นเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือ
 เป็นความฉลาดที่มีความจำเป็นในตัวบุคคล ที่เรียกว่า HQ (Health Quotient) เป็นตัวบ่งบอก
 ศักยภาพการมีสุขภาพดีของประชาชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ในการดำเนินการวิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบวิจัย ดังนี้

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
4. การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
5. ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ
6. แนวคิดและแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
7. ประเภทและเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
8. ทักษะการมองความรอบรู้ด้านสุขภาพ
9. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
10. ความเครียดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ
11. ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ
12. คุณภาพชีวิต
13. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
14. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

สำหรับความหมายของผู้สูงอายุนั้น มีหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขหลายประการเพื่อนำไปสู่การให้นิยามของผู้สูงอายุ โดยได้มีผู้ให้นิยามของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก⁽³⁴⁾ ได้ให้นิยามของผู้สูงอายุว่า เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต มีความเสื่อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคลิกของบุคคลที่แสดงออกจะปรากฏสภาพความเสื่อมของร่างกาย หากพิจารณาเกณฑ์อายุคือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติ⁽¹⁾ ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับได้แก่

ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) หมายถึง สังคมในประเทศนั้นมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกินกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) หมายถึง สังคมในประเทศนั้นมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกินกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ โดยแนวโน้มความก้าวหน้าของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่จะเปลี่ยนไปสู่สังคมผู้สูงอายุและมีความหมายที่สำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

จากนิยามข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นช่วงวัยที่นำไปสู่สภาวะเสื่อมและถดถอยของการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่มีประสิทธิภาพลดต่ำลง

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การดำเนินการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีที่ใช้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการสรุปทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (biological theory) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์เมื่อเข้าวัยชรา ประกอบด้วย

1) ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยชรา มีความคล้ายคลึงกันและมีการสืบทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่น เช่น สีผมที่เปลี่ยนแปลงไป ผิวหนังเหี่ยวย่น ต้วงอหลังค่อม เป็นต้น

2) ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาด (error theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดจากการทำงานของร่างกายผิดพลาดในระดับเซลล์และดีเอ็นเอ เมื่ออายุมากขึ้นความผิดพลาดก็จะมากขึ้นตามไปด้วยจนทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้และเสื่อมสลายไปในที่สุด

3) ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (wear and tear theory) การชราภาพเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเกิดการเสื่อมสภาพไปตามกาลเวลา

4) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (immunological theory) เมื่อเข้าสู่วัยชราการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายจะลดลง เนื่องจากความสูญเสียสภาพของอวัยวะที่มีหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกัน เช่น ไชกระดุก

ต่อมไทมัส ม้าม และตับเกิดการเสื่อมสภาพและการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมด้อยลงร่างกายอ่อนแอและเป็นผลให้เกิดการเจ็บป่วย⁽³⁵⁾

2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theory) เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและการแสดงออกของผู้สูงอายุถึงความคิด แรงจูงใจ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย สิ่งเร้าและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ประกอบด้วย

1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (personality theory) เชื่อว่าการแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกของตัวผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนามาด้วยความมั่นคง อบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างเป็นสุข แต่ในทางกลับกันหากชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมกับใครได้จิตใจคับแคบ ไม่รู้จักช่วยเหลือและเห็นใจผู้อื่น ก็จะประสบปัญหาในบั้นปลายของชีวิต⁽³⁶⁾

2) ทฤษฎีของอีริคสัน (Erikson's Epigenetic Theory or Psychosocial Developmental Stage) เป็นทฤษฎีที่มีบทบาทในพัฒนาการบุคลิกภาพถือว่าพัฒนาการของคนไม่ได้จบแค่วัยรุ่น แต่จะมีต่อไปจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คือ วัยชรา ในตอนที่ยังมีชีวิตอยู่บุคลิกภาพของคนจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สำหรับสิ่งที่จะช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพในช่วงวัยผู้สูงอายุนี้อาจอาศัยบุคคลในครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนสำคัญ⁽³⁶⁾

2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (sociological theory) มุมมองของทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพและการปรับตัวของผู้สูงอายุในสังคมซึ่งเป็นการวิเคราะห์สาเหตุที่มีผลให้สถานะทางสังคมในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปและพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีแนวคิดที่น่าสนใจได้แก่

1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ตามแนวคิดของ Robert Havighurst⁽³⁷⁾ ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ที่แสดงให้เห็นถึงสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีผลเชิงบวก ระหว่างการทำกิจกรรมกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุต้องการที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คำว่า “กิจกรรม” ตามแนวคิดนี้ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากการปฏิบัติต่อตนเอง ต่อบุคคลรอบข้าง สังคม หรือชุมชน กิจกรรมดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการดำรงชีวิตยังมีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อสังคม ทฤษฎีนี้ได้สรุปว่า การที่ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในสังคมย่อมส่งผลเชิงบวกกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเป็นสิ่งที่จำเป็น การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมต้องคำนึงถึงบริบทของการเปลี่ยนแปลงและสภาพสังคมปัจจุบัน (modernization Perspective) และการเชื่อมโยงบุคคลที่มีช่วงวัยที่แตกต่างกัน (intergeneration linkage) ซึ่งให้ความสำคัญไปที่การเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ชีวิต อาจมีความแตกต่างระหว่างคนในวัยเดียวกันแต่คนละยุคสมัยบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของแต่ละช่วงวัย

2) ทฤษฎี แยกตัว (disengagement theory) ของ Elaine Cummings and William Henry มีประเด็นสำคัญคือ การลดบทบาทระหว่างกันของสังคมและผู้สูงอายุจะเป็นไปอย่างช้าๆ ตามสภาพของร่างกายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านได้ ความสามารถทางกายที่ลดต่ำลง สถานะสุขภาพไม่ดี จึงถอยห่างจากสังคมพอใจกับการออกห่างจากสังคมเพื่อนฝูงส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ของตนให้แก่คนรุ่นถัดไปมีผลกับภาวะจิตใจในระยะแรกแต่จะค่อยๆยอมรับได้ในที่สุด เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นบุคคลจะพยายามปรับตัวให้เข้ากับสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์จากบทบาทที่ลดลง⁽³⁸⁾

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุค่อนข้างมีความหมายหลากหลาย คณะผู้วิจัยจะได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ทั้งแนวคิดทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา เพื่อให้เกิดความครอบคลุม และสามารถอธิบายสถานการณ์และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

3. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงเกือบทุกระบบของร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมกิจกรรมทางกายที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุจะมีมากพอๆกับเด็ก เพียงแต่อยู่ในทิศทางตรงข้ามกัน ความเสื่อมถอยที่ชัดเจนมีดังนี้ ระบบอวัยวะของร่างกายลดสมรรถนะลง ภาวะหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ความฉับไวของความคิดลดลง สภาพจิตใจอ่อนแอง่าย สังคมคับแคบลง ส่งผลให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังต่างๆขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคอันเกิดจากระบบการเผาผลาญพลังงาน โรคทางระบบประสาท ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะที่อ่อนแอและเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น

เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายของบุคคลจะมีความแก่ชรา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงสภาพทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ พยาธิภาพ และสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เช่น ผิวหนังบางลง ระบบประสาทและระบบสัมผัสเซลล์สมองและเซลล์ประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ความยืดหยุ่น ลดลง ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ในเพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบากและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง และต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลียเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัวและการหยุดจากงาน

3. ความเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ทางกาย การเปลี่ยนแปลงทางการทำหน้าที่ทางกาย ไม่ว่าจะเป็นการทำงานบ้าน การทำงานในบทบาทหน้าที่งานประจำ การออกกำลังกาย เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุเริ่มจะมีข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมลดลง

4. การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลงเชิงปัจจัยนำที่จะส่งผลให้เกิดโรครวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์

5. การเปลี่ยนแปลงทางความสำเร็จของชีวิต การแสดงออกถึงการมีสุขภาพดี มีความสุข และรวมถึงความพึงพอใจในบั้นปลายชีวิต

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการทำงานของระบบร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อที่ทำให้การทำงานของผู้สูงอายุลดลง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และสัมพันธ์กับร่างกายและสังคม ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายเป็นข้อจำกัดทางกายเนื่องจากผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดลง การเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพ เป็นปัจจัยหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางความสำเร็จของชีวิต จะเกี่ยวข้องกับการมีความสุขและความพอใจในชีวิต โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

4. การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในแต่ละปี ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของโลก ให้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aged society) ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรรวม และจะปรับตัวเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยที่อยู่อาศัยจริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกันในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป (1) จากการวิเคราะห์แนวโน้มและสถานการณ์ประชากรโลก จะมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนมากกว่าประชากรทุกกลุ่มอายุโดยจะเพิ่มจากร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ. 2560⁽²⁾ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2693⁽³⁾

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน หรือร้อยละ 15.45 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2574⁽⁴⁾ ภายหลังประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10) มาแล้วนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.64 มากเป็นอันดับสองรองจากประเทศสิงคโปร์ในกลุ่มอาเซียน⁽⁵⁾ ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป

ผลจากการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในประเทศไทย กลุ่มผู้สูงอายุจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับกลุ่มวัยต่างๆ ในสังคมด้วยสมรรถนะที่ลดลงจะทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในภาพรวมสูงขึ้น และจะเกิดผลกระทบเชิงลบ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจากผลลัพธ์ของการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังคงพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และเบาหวาน และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ หากขาดการเตรียมการวางแผนเพื่อจัดการสภาพแวดล้อมและระบบบริการสาธารณะ สิ่งที่มีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ประการหนึ่งก็คือ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่

ดังนั้น หากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้ที่นำมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่ม สามารถต้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุก็จะมีภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรอบรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และพึงพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง

จากเหตุการณ์ที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เนื่องจากมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจากการพิจารณาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นไม่สามารถควบคุมโรคได้และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพเนื่องจากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ จึงทำให้ต้องมีการเสริมสร้างด้านความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่ถูกต้องและพึงพาระบบด้านสุขภาพลดลง โดยจังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีการขยายตัวด้านเศรษฐกิจทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและส่งผลกระทบต่อคุณภาพด้านสุขภาพ

5. ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

Health literacy หมายถึง ทักษะด้านต่างๆ ทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ⁽⁹⁾

ความหมายดังกล่าวเป็นผลของพัฒนาการนับตั้งแต่แนวคิดนี้ ปรากฏครั้งแรกในการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา เมื่อปี ค.ศ. 1974⁽³⁹⁾ ต่อมามีการกำหนดนิยามขึ้นอย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้ คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 การประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่อง Health literacy ในประเทศไทย พบว่าการใช้คำเรียก Health literacy ในวงวิชาการของไทยมี หลายคำ

ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทัน เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพราะ การเลือกใช้คำนิยาม การตีความ และกำหนดขอบเขตบนฐานของ ประสบการณ์และการปฏิบัติงานในแต่ละสาขาวิชาชีพ ในบทความนี้ ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัย เลือกใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ตามที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในปัจจุบัน แนวความคิดเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อมีการจำแนกระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ^(13, 40) คือ

1) ระดับพื้นฐาน หรือ Functional Health literacy ได้แก่ ทักษะ การฟัง พูด อ่าน และ เขียน ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจและการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ ทักษะพื้นฐาน เหล่านี้ในการอ่านฉลากยา (Medical label) อ่านใบยินยอม (Consent form) วิธี รับประทานยา กำหนดนัดหมาย เป็นต้น

2) ระดับการปฏิสัมพันธ์ หรือ Interactive Health literacy ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร การ เลือกใช้ข้อมูล การจำแนกแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เป็นต้น

3) ระดับวิจารณ์ญาณ หรือ Critical Health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ จัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิต ประจำวันของตนเองได้ และมีส่วนร่วมผลักดันสังคมและการเมืองเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี ต่อมา มีแนวคิดในการเพิ่มระดับในขั้น media literacy⁽⁴¹⁾ หรือการรู้เท่าทันสื่อ โดยให้ความหมายว่า คือ สภาวะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อหา ประเมิน คุณค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่างๆ⁽⁴²⁾ ทำให้ต้องเน้นการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้สื่อ ต่างๆ โดยเฉพาะสื่อสาธารณะที่มีอิทธิพลสูงต่อการดำเนินชีวิตของคนทุกชนชั้น การจำแนกระดับ ความสามารถด้านนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ⁽⁴²⁾ การรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร (information literacy) และการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)⁽⁴³⁾ นับเป็นการขยายแนวคิดให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นในแง่ของ การสร้างตัวชี้วัด และกำหนดวิธีการประเมินเพื่อให้สะท้อนถึงระดับของการพัฒนาในด้านการรู้เท่าทัน สื่อ อันจะนำไปสู่การคิดหาวิธีการเพิ่มพูนความสามารถด้านนี้ให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่การรับรู้ทางด้าน สุขภาพต่ำลง ประสพปัญหาการขาดความรู้ด้านสุขภาพ โดยความรู้ด้านสุขภาพประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communicative skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การ จัดการตนเอง (self-management) และการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) องค์ประกอบและ คุณลักษณะสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ⁽⁴⁴⁾

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ คือการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา ค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ที่ถูกต้อง สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

2. ความรู้ความเข้าใจ มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึง ความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบ เนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

3. ทักษะการสื่อสาร สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้ บุคคลอื่น เข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

4. ทักษะการจัดการตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติ ตามแผนที่กำหนดได้และมีการทบทวนปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้อง

5. ทักษะการตัดสินใจ กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มี สุขภาพดีใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ หลีกเลี่ยง เลือกวิธีการปฏิบัติ สามารถ แสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

6. การรู้เท่าทันสื่อ สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อ นำเสนอ เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และผู้อื่น มีการ ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

สำหรับแนวทางจำแนกการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ดัง รายละเอียดในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แนวทางจำแนกการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับปฏิบัติ (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Functional Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Interactive Health Literacy)
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)	มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาและการใช้อุปกรณ์สืบค้น อาทิ คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)	การรู้ และการจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐาน และสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	มีความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)	มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ	มีการทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐาน และสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว	มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับปฏิบัติ (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Functional Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Interactive Health Literacy)
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)	มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการการปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม
5. การจัดการตนเอง (Self-management)	มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มี
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)	มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อ	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อ

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับปฏิบัติ (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Functional Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Interactive Health Literacy)
	นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

ความแตกต่างของระดับ Health literacy นั้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes)⁽⁴⁵⁾ ได้แก่ สถานะ สุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ (อาทิ การสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์) ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง⁽⁴⁶⁾ ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองอันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด หากประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งในเวลาไม่นานนี้จะกลายเป็นคนกลุ่มใหญ่ขึ้น มีระดับ Health literacy ต่ำลงในเวลาอันรวดเร็ว ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวม เพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาบริการทางการแพทย์มากขึ้น จะทำให้ โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพรับภาระหนักในงานรักษาพยาบาล และอาจเกิดข้อจำกัดในการให้ความเท่าเทียมเพื่อเข้าถึงบริการขึ้นได้ ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริม Health literacy จึงหมายถึงการส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้นั่นเอง⁽¹⁶⁾

6. แนวคิดและแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2552 พบว่ามี การศึกษาเกี่ยวกับ Health literacy ในประเด็นเรื่องการดูแลและรักษาพยาบาล (Health care) มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านคลินิก (Clinical) ด้านการป้องกัน (Prevention) และด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (Adult) ผู้สูงอายุ (Elderly) เด็ก (Child/ children) และวัยรุ่น (Adolescent) ตามลำดับ⁽⁴⁷⁾ การพัฒนา Health literacy มีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงคือ⁽⁴¹⁾ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ

พัฒนาการของแนวคิดเรื่อง Health literacy ถึงปัจจุบัน พบว่ามีประเด็นที่ถูกนำมาวิเคราะห์ และตั้งเป็นข้อสังเกตไว้มากมาย งานวิจัยที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและสถาบันการศึกษาต่างๆ พบว่ามี การพัฒนาไปสู่วิธีการวัดและประเมินค่อนข้างน้อยและมีความจำกัด เฉพาะบางส่วนของค่านิยามยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในส่วนที่เป็น ทักษะส่วนบุคคล (Individual skills) และทักษะทางสังคม (Social skills) ประเด็นที่กล่าวถึงเหล่านั้นได้ชี้ให้เห็นทิศทางและพัฒนาการอันจะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพการเรียนรู้เพื่อสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. การนำค่านิยาม Health literacy มาประยุกต์ใช้ช่วงแห่งพัฒนาการที่ผ่านมา หน่วยงาน คณาจารย์และนักวิชาการได้กำหนดนิยามของคำว่า Health literacy ไว้ในขอบเขตที่แตกต่างกัน มิใช่ เป็นค่านิยามเดียวกัน นิยามที่มีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

1) ระดับความสามารถของบุคคลที่จะทำได้มา เข้าถึง และเข้าใจข้อมูลและบริการ สุขภาพที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม มีรายงานวิจัยจำนวนมากที่ใช้ค่านิยามนี้เพื่อกำหนด ขอบเขต ของ Health literacy ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ⁽⁹⁾ ได้แก่ เยาวชน ผู้ป่วย ในโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป ซึ่ง Institute of Medicine (IOM) ของสหรัฐอเมริกาได้ จำแนก Health literacy เป็น 4 องค์ประกอบคือ ทักษะการพูดและการฟัง (Speaking and listening skills) ทักษะการเขียนและการอ่าน (Writing and reading skills) ความรอบรู้และเข้าใจ วัฒนธรรม (Cultural and conceptual knowledge) และความสามารถในการคำนวณ (Numeracy)

จากค่านิยามนี้ Nutbeam⁽⁴⁰⁾ ศาสตราจารย์ ด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศ ออสเตรเลีย แสดงทัศนะว่าฐานของการออกแบบกระบวนการพัฒนา คือ ความรู้ ดังนั้นจึงต้องเน้นที่ ความเฉพาะเจาะจงในบริบทที่ดำเนินการและเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วม จึงจะสามารถเพิ่มระดับ Health literacy ได้

ขณะที่ Baker⁽⁴⁸⁾ ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการนำค่านิยามของ IOM มาใช้ ซึ่งระบุไว้ว่า คือ ความสามารถของบุคคล แต่พัฒนาการด้านการวัดนั้นกระทำเฉพาะเรื่องความสามารถในการอ่านและ การรู้คำศัพท์เท่านั้น จะถือว่ามีเหมาะสมแล้วหรือไม่ เพราะหากระดับ Health literacy ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคล ระบบบริการสุขภาพ และผู้คนในสังคมด้วยแล้ว การวัด Health literacy เพียงในระดับบุคคลอาจจะไม่เพียงพอ งานวิจัยที่ผ่านมาก็มักจะวัดความรู้

(Knowledge) ในสัดส่วนที่มากขึ้นไป ซึ่งประเด็นนี้พบว่าปัจจุบันมีงานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัดครอบคลุมไปถึงส่วนยังขาดหรือประเมินถึงจุดนี้น้อยมาก

2) ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าใจ เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ⁽⁴⁹⁾ คำนิยาม Health literacy ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดนี้ Nutbeam^(9, 40) มองว่าค่อนข้างจะชัดเจนถึงการให้ความหมายที่ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมความรู้ให้ถึงระดับที่เพียงพอต่อการใช้ โดยเน้นทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจที่จะกระทำเพื่อทำให้สุขภาพของตนเองและชุมชนได้รับการพัฒนาสู่ระดับที่ดีขึ้น ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและเงื่อนไขของการใช้ชีวิต

สอดคล้องกับแนวความคิดก่อนหน้านี้ที่กล่าวไว้ว่า Health literacy มีความหมายมากกว่าความสามารถในการอ่านแผ่นพับ และการไปตามนัดหมายของแพทย์เท่านั้น แต่จะต้องสร้างเสริมให้บุคคล สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้นั้น เพื่อทำให้เกิดผลดีกับตนเอง⁽⁵⁰⁾

การพัฒนา Health literacy ให้กับบุคคล จึงมิใช่เพียงการมุ่งเน้นเฉพาะที่ความสามารถพื้นฐานในการสร้างเสริมการเรียนรู้ อาทิ การอ่าน การเขียน ฯลฯ ซึ่งเป็นเพียงส่วนของ Health literacy ในระดับพื้นฐาน (Functional Health literacy) แต่จะต้องมุ่งที่ “ทักษะ” ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ถูกต้อง ได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงซึ่งมักจะมีบริบทเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมอยู่เสมอ

แนวคิดนี้ Nutbeam⁽⁴⁰⁾ เชื่อว่าจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมพลังอำนาจ รวมทั้งการพัฒนาทักษะในระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health literacy) และวิจรณ์ญาณ (Critical Health literacy) ซึ่งมีความสำคัญต่อการกำหนดขอบเขตของเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสุศึกษาและการสื่อสาร อันเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ต้องมิใช่แค่สร้างการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพระดับบุคคลเท่านั้น แต่จะต้องมุ่งสร้างความตระหนักถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับสังคม และพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านั้นด้วย ทั้งนี้การจัดทำเนื้อหาจะต้องครอบคลุมและเจาะจงมากพอ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติและจัดการตนเองได้ และพัฒนาทักษะให้ถึงระดับที่จะสร้างความมั่นใจในการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ และแสวงหาความรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งการสื่อสารเจรจากับหน่วยบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพ

แนวคิดนี้สอดคล้องกับ Imel⁽⁴⁰⁾ ที่เชื่อว่าการกำหนดกลวิธีทางสุศึกษาและการสื่อสารของบุคลากรสาธารณสุข ควรจะต้องมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างเสริมประสบการณ์ และจูงใจให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ควรสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการ

วิเคราะห์เชิงเหตุและผลต่อการเผชิญปัญหาของกลุ่มผู้รับบริการที่มีสภาพปัญหาอย่างเดียวกันให้มากยิ่งขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการทบทวนและการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) อยู่เป็นระยะ เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถจดจำ มีทักษะในการอ่านข้อมูลทางการแพทย์และซักถามให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน สามารถขอคำแนะนำเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ปฏิบัติตัวให้เหมาะสม

7. ประเภทและเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ

การกำหนดนิยามความหมายของ Health literacy ที่ให้ขอบเขตไว้ในงานวิจัยที่แตกต่างกัน ทำให้การพัฒนาเครื่องมือวัดเกิดขึ้นจากผลของคำนิยามดังกล่าว และมีเพียงบางส่วนที่ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ ด้วยการกำหนดขอบเขตเฉพาะสำหรับงานวิจัยและการปฏิบัติงานในแต่ละสาขาวิชาชีพ และพัฒนาขึ้นใช้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

สำหรับเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นแล้วบางส่วนมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการคัดกรอง (Screening tests) เช่น แบบประเมินการอ่านศัพท์ พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy: REALM) แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือวัดความรู้ความเข้าใจ (Comprehensive assessments) เช่น แบบทดสอบความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health literacy in Adult: TOFHLA) แบบประเมินการอ่านฉลากโภชนาการ (Food Label Literacy for Applied Nutrition Knowledge Questionnaire: FLANK) เป็นต้น ทั้งนี้เครื่องมือการประเมินระดับชาติเรื่องความรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) พัฒนาโดย National Assessment of Adult Literacy (NAAL) นับว่าเป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมในการวัดค่อนข้างมาก เช่นเดียวกับ US Health Activity Literacy Scale (HALS)⁽⁴³⁾

การศึกษางานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัด Health literacy จำนวน 51 ฉบับ⁽⁵¹⁾ พบว่าเครื่องมือวัด Health literacy ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีจุดเด่นและจุดอ่อนที่แตกต่างกัน และเครื่องมือดังกล่าวยังมีข้อจำกัดมากมาย ได้แก่

- 1) มีเครื่องมือวัด Health literacy พัฒนาขึ้นเป็นจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการกำหนดขึ้นเฉพาะบริบทที่ศึกษาและประเมินความสามารถพื้นฐาน (Task-based literacy) เฉพาะในบางด้าน เช่น การอ่าน และการจำคำศัพท์ ขาดการพัฒนาเพื่อประเมินทักษะ (Skill-based literacy) ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นและสามารถพัฒนาขึ้นได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

2) มุ่งเน้นการวัดในระดับ Functional Health literacy มากเกินไป ขาดพัฒนาการเพื่อให้ครอบคลุมระดับของ Health literacy ในส่วนของ Interactive Health literacy และ Critical Health literacy ซึ่งความสามารถส่วนแรกนี้นับได้ว่าเป็นข้อจำกัด พื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป และยากที่จะสร้างกระบวนการพัฒนา ภายหลังการวัดและประเมินคัดกรองแล้ว แตกต่างจากความสามารถส่วนที่สองและสามที่สามารถสร้างกระบวนการพัฒนาขึ้นได้

3) ประเด็นการประเมินยังจำกัดในกลุ่มปัญหาโรคเบาหวาน หอบหืด เอชไอวี ไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่สำคัญของผู้สูงอายุ อาทิ กลุ่มโรคเรื้อรัง ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะพิเศษ เช่น ตาฝ้าฟาง หูตึง พิการ เป็นต้น

8. ทักษะการมอง Health literacy

ทักษะที่ต่างกันในการมอง Health literacy มาจากการทำงานที่ต่างกันของนักวิชาการด้านคลินิกกับด้านการส่งเสริมสุขภาพ มุมมองที่ต่างกัน มี 2 มุมมอง ดังนี้

1. มองว่า Health literacy คือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) งานด้านคลินิกมักจะศึกษาความเชื่อมโยงของสภาวะสุขภาพกับระดับ Health literacy และวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องเชิงสาเหตุที่ผ่านมาจะพบว่าผู้ที่มี Health literacy ต่ำ มักจะมีระดับเศรษฐกิจฐานะต่ำด้วย ดังนั้น Health literacy จึงถูกมองว่าเป็นเสมือนปัจจัยเสี่ยง (Risk)⁽⁴⁰⁾ ที่จะต้องแก้ไข เพื่อให้กระบวนการรักษาหรือบริการทางการแพทย์ได้ผลดีตามแผนการรักษา ตามทัศนะนี้ Health literacy คือ ปัจจัยตัวกลาง (Mediating factor) ที่ส่งผลต่อมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง หรือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี⁽⁴⁸⁾

มุมมองว่า Health literacy คือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ทำให้บุคคลและบุคลากรสาธารณสุขมองเห็นจุดอ่อนหรือสิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงโดยเฉพาะในกระบวนการสื่อสาร และสร้างความตระหนักร่วมกันว่า หากไม่ค้นหาและแก้ไขปรับปรุงปัจจัยเหล่านี้แล้ว การคาดหวังผลให้เกิดสุขภาพดีก็ย่อมเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเพราะมีข้อจำกัดในด้านกายภาพค่อนข้างมาก

2. มองว่า Health literacy คือ สินทรัพย์ (Asset) งานด้านการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ เป็นที่รับรู้ว่าเป็นบทบาทของงานสุขศึกษาและการสื่อสารที่มีการออกแบบกิจกรรมอย่างหลากหลายทั้งในระดับปัจเจกบุคคล สังคม และการปรับปรุง สภาพแวดล้อม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล ดังนั้น Health literacy จึงเป็นความสามารถของบุคคลที่ถูกเพิ่มพูนมาโดยลำดับตลอดทุกช่วงวัย เมื่อถึงวัยสูงอายุก็ถือได้ว่าคุณค่าสินทรัพย์หรือทุนทางปัญญาและความสามารถในด้านต่างๆ ตามประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝนมา กระทั่งมีศักยภาพสูงในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งหลายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี

Health literacy จึงเป็นเสมือนสินทรัพย์ (Asset)⁽⁴⁰⁾ ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้นมาจากระบบการทางสุขภาพและการสื่อสาร ส่งผลทำให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคลและมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ แนวทางในการพัฒนา Health literacy จึงควรมุ่งให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามช่วงวัยภายใต้บริบทเฉพาะของความรู้สุขภาพที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องตามสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุก็ตาม

มุมมองว่า Health literacy คือ สินทรัพย์ (Asset) จะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงคุณค่าของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ และใช้ให้เกิดคุณค่ากับตนเอง บุคคลใกล้ชิด และคนในสังคม รวมทั้งจะต้องรักษาไว้อย่างดีเพื่อเป็นต้นทุนในการใช้ชีวิตในช่วงต่อไป

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในประเทศไทย กลุ่มผู้สูงอายุจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับกลุ่มวัยต่างๆ ในสังคมด้วยสมรรถนะที่ลดลงจะทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในภาพรวมสูงขึ้นและจะเกิดผลกระทบเชิงลบ หากขาดการเตรียมการวางแผนเพื่อจัดการสภาพแวดล้อมและระบบบริการสาธารณะ สิ่งที่มีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุประการหนึ่งก็คือ การเสริมสร้าง Health literacy ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพที่จำเป็น ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่สู่สาธารณะจะต้องมีความถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะข้อมูลความรู้ตามกระแสข่าวที่ประชาชนกำลังให้ความสนใจ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อ มีช่องทางการเผยแพร่ที่หลากหลายทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อสารมวลชน หน่วยงานที่มีหน้าที่จัดทำและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจึงควรคำนึงถึงกลุ่มผู้สูงวัย มีการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนึงถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้แผนภาพ หรือภาพถ่ายประกอบในการสื่อความรู้ เป็นต้น

2. พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ มีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาลเอกชน สื่อมวลชน และภาคประชาชน เพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้องและเป็นภัยกับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีการชี้แจงและให้ความรู้ที่ถูกต้องกับสาธารณชนอย่างทันท่วงที เพื่อระงับยับยั้งสิ่งที่ไม่ถูกต้องเสียตั้งแต่ต้น รวมทั้งมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนสถานการณ์และแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องขาดเหตุผล และไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจำเป็นต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วมาใช้บังคับและจัดทำกฎหมายใหม่ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

3. สร้างจิตสำนึกและคุณธรรม ในการผลิต และเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ บุคลากร

เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมจิตสำนึกและคุณธรรมในการผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงต้องมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้สุขภาพ และผู้ให้บริการด้าน สุขภาพใช้ความระมัดระวังและรักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยและเชื่อถือได้ รวมทั้งมีการประเมินและวิเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่ามีความเหมาะสมกับผู้ต้องการใช้หรือไม่ และมีจำนวนมาก-น้อย เพียงใด

4. สร้างการรู้เท่าทันสื่อให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของกลยุทธ์การโฆษณาชวนเชื่อของธุรกิจสินค้าต่างๆ อยู่เสมอและมีแนวโน้มจะถูกชักจูงได้ง่าย ดังนั้นการคุ้มครองประชากรผู้สูงอายุให้สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง จึงจะต้องมีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุได้รู้ วิธีการตรวจสอบเนื้อหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข่าว ผู้ให้ข่าว ผู้ผลิตข่าวสาร ผู้จ้างผลิต ประชากรผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในด้านศักยภาพการเรียนรู้ เช่น อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ประสิทธิภาพ ในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติ หลงลืมง่าย เป็นต้น หรือมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่ชอบซักถาม ไม่ค่อยช่าง สังเกต สรุประเด็นไม่ได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก เป็นต้น คนกลุ่มนี้ยิ่งจะต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ

5. ระบบบริการที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากร สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งครูสุขศึกษาและครูอนามัยโรงเรียน คือส่วนสำคัญของระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของประชาชน ซึ่งมีการทำงานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ หากบุคคลเหล่านี้ขาดการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้รับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ

บุคลากรสาธารณสุขในระบบสุขภาพทุกวันนี้มีเวลาน้อยมากในการสื่อสารกับผู้มารับบริการ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ กับคนไข้หรือผู้ป่วยและญาติ หรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการ ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน เช่น ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะฟังคำแนะนำไม่รู้เรื่อง อ่านฉลากยาไม่เข้าใจ เป็นต้น

การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถกระทำได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การพัฒนาการสื่อสารสองทาง การพูดให้ช้าลง หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ (Jargons) รวมทั้งมีการทบทวนความรู้ (Teach-back) ด้วยเทคนิคต่างๆ อาทิ “Ask Me 3”⁽⁵²⁾ และการสร้างบรรยากาศที่ผู้รับบริการรู้สึกเป็นมิตรกล้าที่จะซักถาม (Shame-free)^(53, 54) นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพก็นับว่าเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลายโดยการเลือกใช้สี และการจัดวางสิ่งของที่ไม่มีบรรยากาศของความน่ากลัว การมีป้าย แนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็น

สากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม การจัดให้มีแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ และ จัดให้เจ้าหน้าที่มีการแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการ เป็นต้น

6. การศึกษาวิจัยควรมุ่งพัฒนาเครื่องมือการวัดที่สามารถ นำมาใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุ ตาม ช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลง แตกต่างกันไป การสร้างวิสัยทัศน์ในการวัดและประเมินระดับ Health literacy ของบุคคลยังต้องทำอย่างต่อเนื่อง และมีความจำเป็นต้องมองอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจะเกิดขึ้นจนถึงระดับที่ประชาชนดูแลตนเองได้นั้น เกิดขึ้นทั้ง จากความสามารถของปัจเจกบุคคล กลุ่ม และหน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ ที่จะพัฒนากระบวนการ เรียนรู้ด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ และสร้างระบบมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพของบริการต่างๆ ที่ ต้องรับผิดชอบต่อการสร้างเสริม Health literacy ดังนั้น จึงควรมีแผนงานวิจัยระดับชาติ และ การศึกษาวิจัยในอนาคตควรมุ่งพัฒนาเครื่องมือการวัดด้านทักษะ (Skill-based literacy) ในส่วนของ Interactive Health literacy และ Critical Health literacy ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละ ช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไป สามารถจำแนกกลุ่มผู้ที่มี Health literacy ระดับต่ำและ ระดับสูง เพื่อให้การออกแบบกระบวนการดำเนินการมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การสร้างเสริม Health literacy เป็นวิธียางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการ ตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้นหากประชากรกลุ่ม ผู้สูงอายุ สามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้ที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่าง ต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มสามารถด้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อัน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุก็นจะมีภูมิด้านทานด้านสุขภาพที่สร้าง ขึ้นมาจากความรอบรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และพึ่งพา ระบบบริการสุขภาพน้อยลง

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าประเภทและเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเครื่องมือวัดความรอบรู้ ด้านสุขภาพมี 13 ประเภท ส่วนใหญ่ จะเป็นเครื่องมือประเภทแบบสอบถามความรู้ทั่วไป การเข้าถึง สื่อ การจำ จำแนกตามแบบของ Nutbeam ต้องการข้อมูลที่เป็นจริง เช่น ความรู้พื้นฐาน การ ทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เช่น สามารถอ่านฉลากยาได้ การคัดกรองความรู้ ด้านสุขภาพ การประเมินความรู้หนังสือการประเมินความรู้เป็นลายลักษณ์อักษร นำมาใช้สำรวจความ รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลวัดผลเป็นตัวเลข และนำข้อมูลที่ไปประมวลผล

9. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of daily living: ADL)

9.1 ความหมายของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นคำที่ใช้ในการดูแล สุขภาพเพื่ออ้างอิงถึงกิจกรรมงานใดๆ ที่บุคคลทั่วไปมักทำโดยทั่วไปซึ่งดำเนินการเป็นประจำหรือซ้ำๆ เป็นระยะๆ และมักใช้เป็นกิจกรรมเบื้องต้นสำหรับกิจกรรมอื่นๆ แนวคิดของ ADLs ถูกเสนอในปี

1950 โดย Sidney Katz และทีมงานของเขา ผู้เชี่ยวชาญมักใช้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลหรือไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ เพื่อวัดสถานการณ์การทำงานของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหลังการทุพพลภาพ พิการ และผู้สูงอายุ โดยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานได้แก่ การเดิน การแต่งกาย การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร⁽⁵⁵⁾

9.2 เครื่องชี้วัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาควิชาอายุรศาสตร์และผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีตัวเล็อกในลักษณะของมาตรฐานค่า จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดย ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

ดังนั้นผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้

10. ความเครียดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

ความเครียดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นสภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดัน ความไม่สบายใจหรือความไม่พอใจ⁽⁵⁶⁾

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุงเป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความเครียดจำนวน 20 ข้อ ที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้มีใช้อยู่ขณะนี้ส่วนใหญ่เป็นแบบวัดบุคลิกภาพ วัดความวิตกกังวล วัดอาการทางกายและจิตที่สัมพันธ์กับความเครียด ดังนั้นเครื่องมือชุดนี้ จึงเหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของผู้สูงอายุ ทราบที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียดและอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เหมาะจะใช้ในการศึกษาครั้งนี้

สำหรับเกณฑ์การแปลผลแบบวัดความเครียดมีคะแนนไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. คะแนน 0-23 คะแนน มีความเครียดในระดับน้อย (mild stress) หมายถึง ความเครียดขนาดเล็ก น้อย ๆ และหายไปในระยะเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. คะแนน 24 – 41 คะแนน มีความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. คะแนน 42 – 61 คะแนน มีความเครียดในระดับสูง (high stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

4. คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย ดังนั้น ความเครียดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เป็นผลมาจากการที่ต้องปรับตัวและรับมือกับสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินความเครียดดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้

11. ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

11.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า หรือ Depression มาจากคำว่า Deprivere ในภาษาละติน มีความหมายว่า กดต่ำหรือจมลงต่ำกว่าตำแหน่งเดิม ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2545) ⁽⁵⁷⁾ ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ รวมไปถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย

กฤติกา บุญรัตน์ประภา และสรินทร์ บัวทอง (2550) ⁽⁵⁸⁾ ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจมีลักษณะแสดงออกให้เห็นถึงความหม่นหมอง เศร้าโศก ไม่มีความสุข ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา เบื่อหน่าย ภาวะซึมเศร้ามีระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ภาวะซึมเศร้าที่มีระดับรุนแรงจะมีอาการซึมเศร้าเพียงบางประการที่ไม่รุนแรง โดยยังไม่มีความคิดผิดปกติ

ดวงใจ กษานติกุล (2542) ⁽⁵⁹⁾ ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางจิตใจหม่นหมอง มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน นอนไม่หลับ น้ำหนักลด มองโลกในด้านลบ ขาดสติและขาดสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น วิตกกังวล ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจแสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร วิตกกังวล มองโลกในด้านลบ ซึ่งอาจจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

11.2 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. 2550) ⁽⁶⁰⁾ ได้อธิบายความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้าได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้าชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุและไม่มีสาเหตุ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับบุคลิกของตนเอง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น นอนหลับยากกว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิต ต่อครอบครัวและต่อหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ก็ไม่ปกตินัก พฤติกรรมที่แสดงออกมีดังนี้

2.1 อารมณ์ไม่สดชื่น ไม่มีความสุขในการทำงาน มีความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความรู้สึกวิตกกังวล โกรธง่ายก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี จนไม่เหลือความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 กระบวนการทางความคิดและสมาธิลดลง ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย จนทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจเริ่มมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

2.3 ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติ มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร บางรายจะแสดงอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจดูแลตนเอง

2.4 การเคลื่อนไหวท่าทางและคำพูดผิดปกติ การเคลื่อนไหวจะช้าลง ถ้าบุคคลที่มีความกระวนกระวายมาก จะมีอาการย้ำคิดย้ำทำการพูดจาลำบาก บางครั้งอาจไม่พูดเลย เนื่องจากขาดความมั่นใจในตนเอง

2.5 การเข้าสังคมบกพร่อง ในระยะแรกจะเข้าสังคมบ่อยมาก จนกระทั่งสังคมที่ละน้อยและสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง แต่มักจะคิดไปเองว่าตนเอง ไม่มีคุณค่าเพียงพอ ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคมในที่สุด

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ทำให้มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า ผู้ที่มีอาการเศร้าในระดับนี้จะไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคมปฏิเสธผู้คนรอบตัว มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความหลงผิดหรือประสาทหลอน ทั้งนี้สมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้ใช้หลักการวินิจฉัยจากคู่มือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) นำมาประเมินว่าเป็นโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder) จะต้องมีอาการอย่างต่ำ 5 อาการในกลุ่มอาการดังนี้

3.1 มีอารมณ์เศร้า (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นความรู้สึกกระวนกระวาย) เกือบตลอดเวลา

3.2 ความกระตือรือร้นและความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมดลดลงอย่างมากเกือบตลอดทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน (ตัดสินจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากอาการสังเกตของผู้ใกล้ชิดว่ามีพฤติกรรมเฉื่อยชาลงเกือบตลอดเวลา)

3.3 น้ำหนักเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น ทั้งๆที่ไม่ได้ควบคุมอาหารหรือลดน้ำหนัก (มากกว่า ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวต่อเดือน) หรือความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลงเกือบทุกวัน (ในเด็กจะตัดสินจากน้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์ที่ควรเพิ่ม)

3.4 มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับบ่อยมากหรือนานผิดปกติเกือบทุกวัน

3.5 การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการกระวนกระวายผิดปกติ นิ่งมากกว่าปกติ หรือเคลื่อนไหวช้าลง รวมทั้งความคิดช้าลงหรือฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวันทั้งนี้ตัดสินโดยการสังเกตจากผู้อื่น (ไม่ใช่เป็นความรู้สึกของตนเอง)

3.6 อ่อนเพลียไม่มีแรงเกือบทุกวัน

3.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือมีความรู้สึกที่ตนเองผิดหรือไม่ดีอย่างมากเกินเหตุ (ซึ่งอาจถึงขั้นหลงผิด) เกือบทุกวัน

3.8 ความสามารถในการคิดถดถอยหรือสมาธิไม่ดี หรือไม่สามารถตัดสินใจ ซึ่งอาการนี้เป็นอยู่เกือบทุกวัน

3.9 คิดเรื่องความตายซ้ำๆ หรือคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย โดยอาจจะไม่มีแผนการที่แน่นอนหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย

11.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

เป็นแบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือคลินิกผู้สูงอายุ⁽⁶¹⁾ มีค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) เท่ากับ 0.93 ลักษณะเป็นมาตราประเมินแบบถูก ผิด (0,1) จำนวน 30 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผล ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน ดังนี้

ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) 13-18 คะแนน

ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) 19-24 คะแนน

ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) 25-30 คะแนน

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เป็นเรื่องปกติที่ผู้สูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกหดหู่ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน ไม่มีงานทำ หรือมีโรคประจำตัวผู้สูงอายุมักจะแสดงอารมณ์และความรู้สึกซึมเศร้าออกมาด้วยอาการทางร่างกาย โดยภาวะซึมเศร้านี้สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้น เมื่อคัดกรองแล้วมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าจะต้องวางแผนทางการรักษา หรือส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเพื่อลดการเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้

12. คุณภาพชีวิต (Quality of life)

12.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต มีผู้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้หลายคำ (quality of life) เช่น ความรู้สึกของคนเมื่อมีความเป็นอยู่ที่ดี (a person's sense of well-being) ความพึงพอใจ (satisfaction) และความสุข (Happiness) ซึ่งความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล ความพึงพอใจไม่พึงพอใจกับชีวิต หรือการมีความสุขไม่สุขกับชีวิต ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนี้เปรียบเสมือนพารามิเตอร์ของการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย⁽⁶²⁾ ทั้งนี้คำจำกัดความมีความหมายคล้ายคลึงกัน^(63, 64) โดยระบุว่าคุณภาพชีวิตนั้นไม่ได้มีความหมายตายตัวหรือสามารถระบุได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการขั้นพื้นฐานของตัวบุคคล ชุมชนและสังคมที่แตกต่างกันออกไป⁽⁶⁵⁾

12.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต World Health Organization Quality of Life (1994)⁽⁶⁶⁾ ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

1. ด้านสุขภาพกาย การรู้ถึงสภาพร่างกายของตน ซึ่งมีส่งผลกับชีวิตประจำวัน เช่น การรู้ถึงความไม่สุขสบายกาย สภาพความสมบูรณ์ร่างกาย และสามารถจัดการกับความเจ็บปวดทางกายได้ การนอนหลับพักผ่อน และรู้ถึงความสามารถในการประกอบอาชีพ รวมถึงการรับรู้ด้านเพศสัมพันธ์

2. ด้านจิตใจ การรู้ถึงสถานะจิตใจของตนเอง เช่น การรู้ถึงความคิดและความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรู้ถึงความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ การตัดสินใจ ความคิดความจำในการเรียนรู้ของตน รู้ถึงการจัดการกับความเครียด กังวล และหดหู่เศร้าหมองได้

3. ด้านระดับความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในประกอบอาชีพการงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างกับบุคคลอื่น รู้ว่าตนเองสามารถหยิบบนการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามความเหมาะสมรวมถึงการรับรู้อารมณ์ทางเพศ

5. ด้านสิ่งแวดล้อม การรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เช่น ความปลอดภัย ความเป็นอิสระ ความมั่นคงในชีวิต ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ดิน น้ำ อากาศ ที่ปราศจากมลพิษ มีการคมนาคมที่สะดวก มีสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ถึงกิจกรรมในเวลาว่างและการมีกิจกรรมนันทนาการ

6. ด้านความเชื่อของบุคคล การรู้ถึงความเชื่อมั่น การรับรู้ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีส่วนผลักดันให้พยายามเอาชนะอุปสรรค ที่ผ่านเข้ามา

WHO นี้ยังได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 มิติ (The WHO group, 1995) ⁽⁶⁷⁾ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเป็นไปและความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเคลื่อนไหวออกแรง การพักผ่อนนอนหลับ ความสามารถในการดำรงชีวิต การทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถในการประกอบอาชีพ

2. ด้านจิตใจ เป็นการรู้ถึงความคิดและความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรู้ถึงความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ การตัดสินใจ ความคิด ความจำในการเรียนรู้ของตน รู้ถึงการจัดการกับความเครียด กังวล และเหตุที่เศร้าหมองได้

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างกับบุคคลอื่น รู้ว่าตนเองสามารถหยิบบนการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามความเหมาะสม

4. ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เช่น ความปลอดภัย ความเป็นอิสระ ความมั่นคงในชีวิต ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ดิน น้ำ อากาศ ที่ปราศจากมลพิษ มีการคมนาคมที่สะดวก มีสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ถึงกิจกรรมในเวลาว่างและการมีกิจกรรมนันทนาการ

12.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลนั้นมีความหลากหลายปรับเปลี่ยนไปในแต่ละมุมมองและจุดประสงค์ที่ต้องการจะทำการประเมิน ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือแบบประเมินแบบคุณภาพชีวิตแบบเจาะจงและประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

สำหรับการประเมินเพื่ออธิบายระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยรวม จะใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป เนื่องจากข้อคำถามที่ใช้จะมีความเป็นกลางไม่เฉพาะเจาะจงหรือลงลึกในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ผลจากการวัดสามารถนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลได้ทุกกรณีไม่ว่าสถานสุขภาพของผู้ที่ถูกวัดจะเป็นอย่างไร มีความเจ็บป่วยหรือระดับความรุนแรงของโรคใดก็ตาม ข้อด้อยของแบบประเมินจะขาดความไวและความจำเพาะของโรคหรือสาเหตุหรือปัจจัยที่เป็นที่มาของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ในการแบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถจำแนกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ ลักษณะของเครื่องจะประกอบไปด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมในหลายมิติ แยกประเมินแต่ละด้าน แล้วนำผลการประเมินที่ได้มาอธิบายเป็นรายด้านหรือสรุปเป็นภาพรวม ซึ่งแบบประเมินที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ แบบประเมิน Short Form 36 หรือ SF-36 Health Survey พัฒนาโดย Medical Outcome Study (MOS) ⁽⁶⁸⁾ ข้อคำถามครอบคลุมประเด็นสุขภาพและขีดความสามารถทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ถูกประเมิน จำนวน 36 ข้อ แบบประเมิน Sickness Impact Profile (SIP) โดย John Hopkins University เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติทางร่างกายและทางจิตใจของผู้ถูกประเมินในขณะนั้น แต่เนื่องจากข้อคำถามมีจำนวนมากถึง 136 ข้อ จึงเกิดข้อจำกัดในการประเมิน จึงมีการปรับปรุงและลดปริมาณข้อคำถามลงเหลือ 68 ข้อ และได้เพิ่มมิติพฤติกรรมสังคมเข้าไปแบบประเมิน ⁽⁶⁹⁾ แบบประเมินคุณภาพชีวิต Nottingham Health Profile (NHP) พัฒนาโดยภาควิชาอนามัยชุมชนของมหาวิทยาลัยนอตติงแฮม ⁽⁷⁰⁾ ข้อคำถามจะครอบคลุม 2 ประเด็นคือ คุณภาพชีวิตที่เป็นมิติทางกายและปัญหาในการดำรงชีวิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีประเด็นครอบคลุมใน 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านจิตใจ มิติทางด้านร่างกาย มิติด้านสังคมและมิติทางสิ่งแวดล้อม โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบอรรถประโยชน์ ซึ่งการประเมินอรรถประโยชน์เป็นการวัดระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลในเชิงเศรษฐศาสตร์ โดยการประเมินสถานสุขภาพของบุคคลออกมาเป็นค่าตัวเลขและคำนวณผลลัพธ์ออกมาเป็นปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) เป็นเครื่องชี้วัดทางสุขภาพแบบองค์รวม วัดการสูญเสียสุขภาพและช่องว่างของการมีสุขภาพดี (Health gap) มีหน่วยนับเป็นปีสุขภาวะ ในการประเมินคุณภาพชีวิตแบบอรรถประโยชน์มีการวัด 2 วิธี คือ การวัดอรรถประโยชน์ทางตรง(Direct Measured Utility Methods) เครื่องมือที่นิยมใช้ได้แก่ แบบประเมิน Visual Analogue Scale (VAS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ถูกวัดทำการประเมินสถานสุขภาพของตนเอง แบบ Standard Gamble (SG) ประเด็นคำถามเป็นการวัดอรรถประโยชน์จากวิธีการรักษาพยาบาลในกลุ่มโรคความเสียหายสูงและการยอมรับที่จะทำการรักษาเมื่อเจ็บป่วยแบบ Time Trade-Off (TTO) เป็นการวัดโดยให้ผู้ถูกประเมินเปรียบเทียบอรรถประโยชน์ระหว่างการมีสุขภาพดีในเวลาอันสั้นหรือการดำรงชีวิตอยู่ยาวนานพร้อมการเจ็บป่วย สำหรับการวัด

อรรถประโยชน์ทางอ้อม (Indirect Measured Utility Methods) วิธีนี้จะเป็นการวัดสถานสุภาพของบุคคลในหลายมิติจากนั้นจะนำมาคำนวณหาอรรถประโยชน์โดยใช้ค่าสมการที่ได้จากการทำนายของสมการถดถอย เครื่องมือที่นิยมใช้ได้แก่ EuroQoL (EQ-5D) ประกอบด้วย ข้อคำถามใน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การประกอบกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลและซึมเศร้า (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ⁽⁷¹⁾ Quality of Well-Being (QWB) มีองค์ประกอบทั้งสิ้น 4 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (Mobility) กิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) กิจกรรมทางด้านสังคม (Social activity) และมิติทางอารมณ์ (Symptom-problem complex) ⁽⁷²⁾ มักจะนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งโรคเอดส์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการประเมินคุณภาพชีวิตประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่สะท้อนให้เห็นถึงระดับคุณภาพชีวิตครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และจากการศึกษาถึงข้อดีข้อด้อยของเครื่องมือสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า WHOQOL-BREF มีความครอบคลุมการวัดระดับคุณภาพชีวิตและตรงตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้จึงทำการเลือกใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก มีการกำหนดความหมายและขอบเขตของการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย (Physical Domain) มิติด้านจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/Religion/Personal Beliefs) มิติด้านจิตใจ (Psychological Domain) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) มิติด้านความเป็นอิสระ (Level of Independence) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้ครั้งแรกใน 15 ประเทศทั่วโลก โดยประเทศไทยได้นำมาทดลองใช้พร้อมกัน ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 100 ข้อ เรียกว่า WHOQOL-100 ⁽⁷³⁾ และต่อมาได้มีการปรับปรุงให้มีขนาดสั้นลงเหลือเพียง 26 คำถาม ใน 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคม ⁽⁷⁴⁾ ในแต่ละข้อมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ตัวเลือกตามลำดับ ใช้เวลาในการตอบ 15-20 นาที WHOQOL BREF นี้ มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินฉบับนี้เท่ากับ 0.84 และค่าความตรง 0.65 ⁽⁷⁵⁾

13. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หทัยกานต์ ห่องกระจก (2556) ⁽⁸⁵⁾ ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิอยู่ในระดับดี ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้โดยการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด รองลงมาคือความแตกฉานด้านสุขภาพและพบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ⁽⁸⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับพื้นฐาน และระดับปฏิสัมพันธ์ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพประกอบด้วย 9 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการเดินทางมาชมรม

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรุ ประเสริฐศรี (2558) ⁽⁸⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

กิจพจน ศรีธานี (2560) ⁽⁸⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ ดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ⁽⁸⁹⁾ ศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ศิริพันธ์ สุขศรี (2561) ⁽⁹⁰⁾ ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในส่วนของปัจจัยการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองด้านการใช้ยาการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง แต่การดูแลตนเองด้านสุขภาพอยู่ใน

ระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้แก่ การไม่มีโรคประจำตัว การไม่มีหนี้สิน

นิติกร ภูสุวรรณ (2556) ⁽⁹¹⁾ ศึกษาเรื่อง ความเครียดของผู้สูงอายุในเขตตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง(ร้อยละ 64.8) เพศและอายุที่แตกต่างกันจะมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกันกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้และความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพการมีโรคประจำตัวที่ต่างกันจะมีระดับความเครียดต่างกัน

อังควรา วงษาสันต์ และ นพรัตน์ บุญเพียรผล (2560) ⁽⁹²⁾ การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพทางร่างกาย และปัจจัยด้านสุขภาพทางจิตใจมีผลต่อการเกิดความเครียดอยู่ในระดับมากรองลงมาคือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและชุมชนด้านสถานภาพทางการเงินและด้านสุดท้ายคือด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อการเกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

นภา พวงรอด (2555) ⁽⁹³⁾ ศึกษาเรื่อง การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.3 โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามามากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม และ ปัจจัยทางชีวภาพ

บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ⁽⁹⁴⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อายุ เพศ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงได้

ปิยภรณ์ เลหาบุตร (2557) ⁽⁹⁵⁾ ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อจำแนกตามด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายอยู่ในอันดับดีส่วนปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

David W. Baker, et al. (2000) ⁽⁹⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น

Ian M. Bennett, et al. (2009) ⁽⁹⁷⁾ ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความไม่เสมอภาคในการประเมินสถานะสุขภาพตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันใน

ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

Heng-Hsin Tung, et al. (2014) ⁽⁹⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวในประเทศไต้หวัน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอหรือต่ำ

Zofia A. et al. (2015) ⁽⁹⁹⁾ ศึกษาเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ: สถานะและความท้าทายในบริบทของกระบวนการสูงอายุประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงด้านสุขภาพเนื่องจากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

Ansari H, et al. (2016) ⁽¹⁰⁰⁾ ศึกษาเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การศึกษาแบบภาคตัวขวาง ในตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศอิหร่าน จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในตะวันออกเฉียงใต้ของอิหร่านอยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับการศึกษา เพศ และรายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ

Kopera-Frye. (2016) ⁽¹⁰¹⁾ ศึกษาเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ การสื่อสาร และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา

Joanne Protheroe, et al. (2016) ⁽¹⁰²⁾ ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตและปัจจัยทางประชากรในประชากรผู้ใหญ่ของเมืองในประเทศอังกฤษ: การสำรวจภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำ รายได้น้อย และข้อจำกัดในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต มีผลทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพลดลง

Doris Schaeffer, Eva-Maria Berens and Dominique Vogt, (2017) ⁽¹⁰³⁾ ศึกษาเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพในประชากรเยอรมัน ผลการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้น ภูมิภาคที่ไม่ดี สถานะทางสังคม และทักษะ ความรู้ความสามารถที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำด้วย

Z.Moradi, et al.(2015) ⁽¹⁰⁴⁾ ศึกษาเรื่อง การประเมินปัจจัยความเครียดของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ใน Kermanshah ผลการศึกษาพบว่า ความผิดหวัง อาศัยตามลำพัง ความพิการ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด

Kiran Yadav, Sunita Mishra (2016) ⁽¹⁰⁵⁾ ศึกษาเรื่อง การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความเครียดในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกบ้าน เช่น บ้านพักคนชรา จะมีความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน

Nasir Uddin Mina (2017) ⁽¹⁰⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการขาดการ

สนับสนุนทางสังคมการหย่าร้าง การติดสุราการสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ความเครียดความขัดแย้งระหว่างครอบครัว

Dewen Wang, et al. (2009) ⁽¹⁰⁷⁾ ศึกษาเรื่อง การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุชาวจีนตามสถานภาพการสมรส การจัดเตรียมที่อยู่อาศัย และความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพในช่วง 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสคู่ มีการจัดที่พักอาศัย และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี มีคู่สมรส มีบุตรหรือญาติในฐานะเป็นผู้ดูแล มีประกันสุขภาพ จะมีปัญหาเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุลดลง

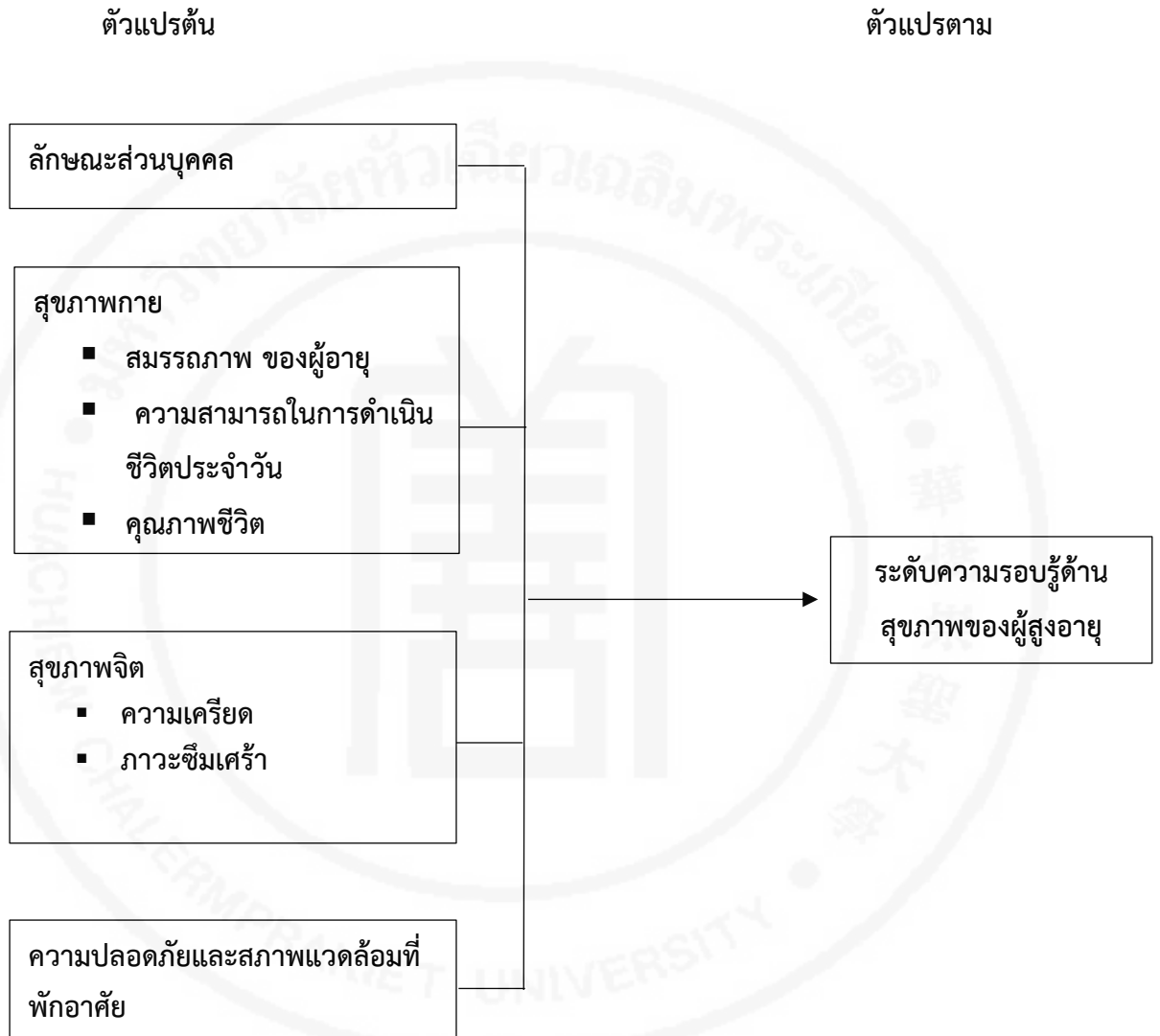
Susanne Iwarsson and Ake Isacsson (1998) ⁽¹⁰⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) และการพึ่งพาในประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน: อิทธิพลของข้อจำกัด ด้านการทำงานและความต้องการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ผลการศึกษาพบว่าการพึ่งพาของผู้สูงในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์อย่างมากกับปัญหาความบกพร่องของการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

S.Chandrika, P.Radhakumari, B.DeviMadhavi (2015) ⁽¹⁰⁹⁾ ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านและชุมชนผู้สูงอายุในเมืองวิสาขปัตนัม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรามีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในด้านกายภาพและทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือบ้านของตนเอง

14. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยแบ่งตัวแปรต้นออกเป็น 6 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับทางการศึกษา สถานภาพการสมรส การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ ประเภทรายจ่ายประจำในแต่ละเดือน การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เขตที่อยู่อาศัย การใช้สิทธิการรักษา โรคเรื้อรัง และสถานพยาบาลที่มาใช้บริการ ปัจจัยด้านสมรรถภาพ ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน และความสามารถในการเขียน ปัจจัยด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัจจัยที่ด้านความเครียด ปัจจัยที่ด้านภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต และปัจจัยด้านความ

ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย สำหรับตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้คือระดับความรู้ด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

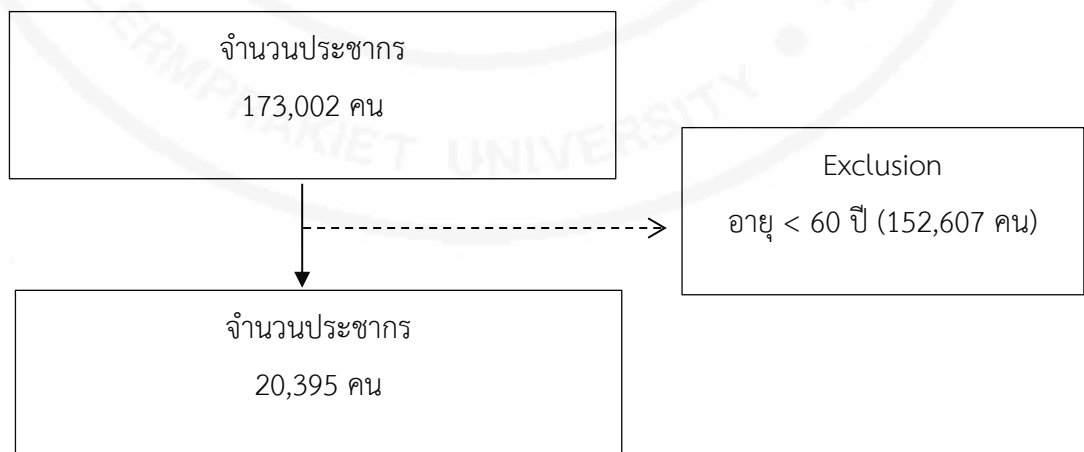
1. วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ในพื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ ตำบลบางพลีใหญ่ ตำบลบางแก้ว และตำบลบางปลา

2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลบางพลีใหญ่ ตำบลบางแก้ว และตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 173,002 คน (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์, 2560) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และคัดออก (Exclusion criteria) ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
- 2) มีสติสัมปชัญญะ และไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์
- 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารได้
- 5) ยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 2) ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับ กรณีวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ แบบ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression ⁽¹¹¹⁾

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

จากการศึกษาของ ศิริพันธ์ สุขศรี (2561) พบว่าสัดส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังนี้

P_0 = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เท่ากับ

0.38

P_1 = สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง เท่ากับ 0.50

B = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง เท่ากับ 0.44

P = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษา คำนวณจาก $(1-B)P_0 + BP_1 = (1-0.44)*0.38 + (0.44*0.50)$

= 0.43

$Z_{1-\alpha}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดค่า $\beta = 0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84

$$\text{แทนค่าลงในสูตรได้ } n_1 = \frac{0.43(1-0.43)(1.96+0.84)^2}{[0.44(1-0.44)(0.38-0.50)^2]}$$

$$n_1 = 541$$

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้าสู่ model หลายตัวปัจจัย เพื่อการควบคุมผลของปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจดังที่กล่าวมา กล่าวคือ ค่าพารามิเตอร์ ที่จะนำเข้าสู่ประมาณค่าในโมเดล (regression model) ทั้งหมด เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (over fitting) ได้ทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression (Hsieh, et al, 1998) ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}}$$

n_p = ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วย ρ

n_1 = ขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการวิเคราะห์

ถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression)

$\rho^2_{1,2,3,\dots,p}$ = ค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (multiple correlation coefficients หรือค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่น ดังแสดงตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการปรับเปลี่ยน (vary) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Rho หรือ โรว์)

ρ	n_p (ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว)
0.10	546.46
0.20	563.54
0.30	594.50
0.40	644.04
0.50	761.33
0.60	845.31
0.70	1,060.78
0.80	1,502.77
0.90	2,847.36

คณะผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.20$ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 563.54 คน

2) การสุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability sampling) ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามตำบล จำนวน 3 ตำบล ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนตำบลและผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (จำนวน 20,395 ราย)

ลำดับ	ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
1	บางพลีใหญ่	8,837
2	บางแก้ว	7,334
3	บางปลา	4,224
รวม		20,395

ขั้นที่ 2 คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (Probability Proportional to Size : PPS) จำแนกตามตำบล เพื่อให้เป็นตัวแทนของแต่ละตำบล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก ตามขนาดที่คำนวณไว้ 563.54 หรือ 564 คน เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุจำแนกตามตำบล ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (จำนวน 564 ราย)

ลำดับ	ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	บางพลีใหญ่	8,837	244
2	บางแก้ว	7,334	203
3	บางปลา	4,224	117
รวม		20,395	564

ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืน (sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุแต่ละตำบล เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณสัดส่วนแต่ละชั้นภูมิ (Probability Proportional to Size : PPS)

ขั้นที่ 4 นำกลุ่มตัวอย่างมากำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) โดยเลือกตัวอย่างจากทุกๆ ตำบล โดยในแต่ละช่วง l มีโอกาสถูกเลือกเท่ากัน โดยขั้นแรก หาช่วงการสุ่ม

$$l = N/n$$

$$l = 20,395/564$$

$$l = 36.16$$

$$\approx 36$$

สุ่มตัวเลขเบื้องต้นขึ้นมาตัวหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าเลขสุ่มเริ่มต้น (Random star) ในที่นี้ได้เลข 1 จากนั้นก็หา เลขที่ตกเป็นตัวอย่างถัดไปโดยบวกด้วยค่าของการสุ่ม (36) ไปจนครบจำนวน 564 สมมติว่าสุ่มเลขเริ่มต้นได้หมายเลข 1 ดังนั้นหน่วยที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ $R, R+1, R+2l, R+3l, \dots, R+(n-1)$

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 8 ส่วน

ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมข้อความ มีจำนวน 23 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับทางการศึกษา สถานภาพการสมรส การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ ประเภทรายจ่ายประจำในแต่ละเดือน การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เขตที่อยู่อาศัย การใช้สิทธิการรักษา โรคเรื้อรัง สถานพยาบาลที่มาใช้บริการ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสมรรถภาพ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 10 ข้อ (ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล โดยมีคะแนนรวม ADL(เต็ม) 20 คะแนน โดยมีกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 12 – 20 หมายถึง กลุ่มที่ 1 ดิตสังคม (พึ่งตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้)

คะแนน 5 – 11 หมายถึง กลุ่มที่ 2 ดิตบ้าน (ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

คะแนน 0 – 4 หมายถึง กลุ่มที่ 3 ดิตเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแบบประเมินความเครียด (SPST-20) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในการประเมินความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบเท่ากับ 0.924 ตัวเลือกในลักษณะของมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับค่าคะแนน ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน จำนวน 20 ข้อ โดยมีกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเครียด 1	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
ระดับความเครียด 2	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
ระดับความเครียด 3	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
ระดับความเครียด 4	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
ระดับความเครียด 5	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0 – 23	หมายถึง	เครียดในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	24 – 41	หมายถึง	เครียดในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	42 – 61	หมายถึง	เครียดในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	62 ขึ้นไป	หมายถึง	เครียดในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบเท่ากับ 0.93 มีลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 30 ข้อ และมีเกณฑ์ในการวัดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

การคิดคะแนน

ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ตอบ “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน

การคิดคะแนน

ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28

ตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนน	0-12	หมายถึงคนสูงอายุปกติ
คะแนน	13-18	หมายถึงผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)
คะแนน	19-24	หมายถึงผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)
คะแนน	25-30	หมายถึงผู้มีความเศร้ามารุนแรง (Severe depression)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินตามมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ภายในบ้านและบริเวณรอบบ้าน) ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในการตรวจสอบ ซึ่งลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบ “มี” และ “ไม่มี” ส่วนเกณฑ์การประเมินคือ ต้องผ่านทุกข้อ

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL – 26) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84 มีองค์ประกอบ ดังนี้ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีระดับการวัดอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) ซึ่งลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบที่มีมาตราการวัดแบบมาตราส่วน (Likert Scale)

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ และกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ โดยแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้	5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 26 – 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนนตั้งแต่ 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 96 – 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ใน

องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ส่วนที่ 8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์เครื่องมือของ อังคินันท์ อินทรกำแหง และจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มประชากร ประกอบด้วย องค์ประกอบ 5 ด้าน จำนวนทั้งหมด 37 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 185 คะแนน ซึ่งจำแนกแต่ละองค์ประกอบได้ ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 5 – 1 รวมคะแนนทั้งหมด 40 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

การแบ่งคะแนน ดังนี้

ตั้งแต่ 32 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100)	หมายถึง	ระดับดีมาก
24 – 31.99 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79)	หมายถึง	ระดับพอใช้ได้
น้อยกว่า 24 คะแนน (ร้อยละ 0 - 59)	หมายถึง	ระดับไม่ดีพอ

2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 5 – 1 รวมคะแนนทั้งหมด 25 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

การแบ่งคะแนน ดังนี้

ตั้งแต่ 20 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100)	หมายถึง	ระดับดีมาก
15 – 19.99 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79)	หมายถึง	ระดับพอใช้ได้
น้อยกว่า 15 คะแนน (ร้อยละ 0 - 59)	หมายถึง	ระดับไม่ดีพอ

3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 5 – 1 รวมคะแนนทั้งหมด 25 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

การแบ่งคะแนน ดังนี้

ตั้งแต่ 20 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100)	หมายถึง	ระดับดีมาก
15 – 19.99 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79)	หมายถึง	ระดับพอใช้ได้
น้อยกว่า 15 คะแนน (ร้อยละ 0 - 59)	หมายถึง	ระดับไม่ดีพอ

4. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 5 – 1 รวมคะแนนทั้งหมด 55 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

การแบ่งคะแนน ดังนี้

ตั้งแต่ 44 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100)	หมายถึง	ระดับดีมาก
33 – 43 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79)	หมายถึง	ระดับพอใช้ได้
น้อยกว่า 33 คะแนน (ร้อยละ 0 - 59)	หมายถึง	ระดับไม่ดีพอ

5. การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงการจัดการสุขภาพตนเอง มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 5 – 1 รวมคะแนนทั้งหมด 50 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

การแบ่งคะแนน ดังนี้

ตั้งแต่ 40 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100)	หมายถึง	ระดับดีมาก
30 – 39 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79)	หมายถึง	ระดับพอใช้ได้
น้อยกว่า 30 คะแนน (ร้อยละ 0 - 59)	หมายถึง	ระดับไม่ดีพอ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม (องค์ประกอบที่ 1-5)

การแบ่งคะแนน (รวมคะแนนทั้งหมด 185 คะแนน) ดังนี้

ตั้งแต่ 147 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100)	หมายถึง	ระดับดีมาก
111 – 146 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79)	หมายถึง	ระดับพอใช้ได้
น้อยกว่า 111 คะแนน (ร้อยละ 0 - 59)	หมายถึง	ระดับไม่ดีพอ

การแปลผล

ระดับดีมาก หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ระดับพอใช้ได้ หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง

ระดับไม่ดีพอ หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม

ดังนั้นขั้นตอนในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยตัวแปรตามจะมีค่าที่เป็นไปได้ในการวิเคราะห์ 2 ค่า ดังนี้

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าของตัวแปร
ความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้-ดีมาก	1
ความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ	0

2) การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างเครื่องมือ แบบสอบถาม

- 1) ศึกษาและทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2) กำหนดกรอบเนื้อหา ประเด็นคำถาม ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยและวัตถุประสงค์
- 3) สร้างประเด็นข้อคำถามและทำการตรวจสอบความเรียบร้อยและความครบถ้วนของเนื้อหาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เมื่อสร้างแบบสอบถามและผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นจากผู้วิจัยแล้ว จะนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 วิธี ดังนี้

- 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสอบถามแต่ละข้อว่ามีคุณลักษณะหรือองค์ประกอบที่กำหนดหรือไม่ จำนวน 3 ท่าน ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ดร.กิตติ ประจันตะเสน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

1.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษา ได้แก่ ดร. ชลธิรา กาวโรตอง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

1.3 ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ดร. นพนัฐ จำปาเทศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

จากนั้นนำมาหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์เพื่อวัดความตรงของข้อคำถามรายข้อ โดยการคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ซึ่งคณะผู้วิจัยนำคะแนนแต่ละข้อคำถามของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มาคำนวณหาค่า IOC โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน +1 คะแนน	เมื่อผู้เชี่ยวชาญว่าวัดได้ตรง
ให้คะแนน -1 คะแนน	เมื่อผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าวัดตรง
ให้คะแนน 0 คะแนน	เมื่อผู้เชี่ยวชาญว่าวัดได้ไม่ตรง

การแปลผลค่า IOC ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าคำถามนั้นเป็นตัวแทนของคุณลักษณะหรือองค์ประกอบที่ต้องการวัด และถ้าค่าคะแนนต่ำกว่า 0.5 แสดงว่าคำถามนั้นต้องแก้ไข

ปรับปรุงแล้วนำมาหาค่า IOC ใหม่อีกครั้ง โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ถึง 1.00 มีใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่

R	หมายถึง	ผลรวมคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ
N	หมายถึง	จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ที่แขวงทับยาว เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีสภาพแวดล้อมและลักษณะของผู้สูงอายุคล้ายกัน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; α) โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2543) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการศึกษานี้ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.97

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา

ในกรณีเป็นตัวแปรแจกแจง (Categorical variable) เป็นการจัดกลุ่มหรือจัดประเภท นำเสนอโดยตารางการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ รายจ่ายประจำในแต่ละเดือน การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว สุขบุหรื ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ ต้มเครื่องต้มชูกำลัง ชา กาแฟ รับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา สิทธิในการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย โรคประจำตัว สมรรถภาพความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย

กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) นำเสนอค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ ความถี่และระยะเวลาใน

การออกกำลังกาย ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ส่วนตัวแปรความเครียด ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำเสนอค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการแปลระดับคะแนนแต่ละตัวแปร

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น นำเสนอค่า Crude Odds Ratio (Crude. OR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95 % Confidence Interval) และ p-value และพิจารณาค่า p-value < 0.25 เพื่อทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ครวละหลายตัวแปร

2.2 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ (Multiple logistic regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสร้าง Final Model ชั้นแรกคือการสร้างโมเดลเริ่มต้น (Initial Model) ด้วยการพิจารณาตัดตัวแปรที่ไม่มีผลออก ทั้งนี้คำนึงถึงความสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือทางด้านชีวภาพ ด้วยวิธี Backward elimination โดยพิจารณาเอาออกคราวละ 1 ตัวแปร นอกจากนี้ทุกตัวแปรที่ผลการวิเคราะห์ Crude analysis ได้ค่า p-value < 0.25 นำเข้าไปใน initial model หลักการตัดตัวแปรออกจาก Model คือ พิจารณาค่า p-value จากสถิติทดสอบ Wald test และค่า Log Likelihood นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratios (Adj. OR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95 % Confidence Interval) และ p-value ในกรณีตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรแจกแจง (Categorical variable) ผู้วิจัยจะทำการเป็นตัวแปรเป็นหุ่น (Dummy variable) ก่อนทำการวิเคราะห์

นอกจากนี้มีการประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) การประเมินว่าเป็นโมเดลที่มีความเหมาะสมที่จะทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยพิจารณาระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha = 0.05$)

5. จริยธรรมในการวิจัย

คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ กล่าวคือ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล โดยจะต้องให้ข้อมูลและชี้แจงให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการเข้าใจอย่างชัดเจน และให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันที่ทำอยู่ รวมถึงในอนาคต และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษา

ข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูล ในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับ โดยในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียง รหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น และทางคณะผู้วิจัยจะดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง อ.849/2562 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2562

6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 สํารวจและตรวจสอบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายอย่างละเอียดและทำการสุ่มตัวอย่างตามแผนการวิจัย

6.2 ประสานหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลบางแก้ว บางปลา และบางพลีใหญ่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายที่โดนสุ่ม

6.3 ผู้วิจัยอบรมเทคนิคในการสัมภาษณ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.4 นัดหมาย วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.5 ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยขอความร่วมมือและถามความสมัครใจก่อนสัมภาษณ์ข้อมูล และชักประวัติเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก การเก็บข้อมูลใช้เวลาประมาณ คนละ 20 นาที ซึ่งจะเริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ.2561

6.6 เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งในแต่ละวัน หากพบว่าข้อมูลที่ไม่ถูกต้องทำการแก้ไขให้ถูกต้อง ด้วยการตามเก็บข้อมูลที่ผิดพลาดในตัวอย่างทันทีก่อนสิ้นวันเก็บข้อมูลในแต่ละวัน

6.7 ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล

7. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

7.1 นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความครบถ้วน และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

7.2 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาลงรหัสในคู่มือลงรหัส

7.3 ควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูลโดยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของข้อมูล หากพบข้อผิดพลาด เช่น พบค่าของข้อมูลที่ไม่น่าจะเป็นไปได้ จะทำการตรวจสอบกับแบบสอบถามและดำเนินการแก้ไขหากพบว่ามีข้อมูลขาดหายไปแบบสอบถาม จะไม่นำมารวมในการวิเคราะห์

7.4 ทดสอบการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ (Normality) ตามข้อกำหนดทางสถิติวิเคราะห์ (Assumption)

7.5 นำข้อมูลไปวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป



บทที่ 4 ผลการวิจัย

ในการวิจัยเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ คณะผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสมรรถภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความเครียด

ส่วนที่ 5 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย

ส่วนที่ 7 ข้อมูลคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 8 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ตอบแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.96 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.76 รองลงมาคืออายุ 70 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.36 (อายุเฉลี่ย 70.71 ± 7.62 ปี) น้ำหนักปกติ (18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ม²) คิดเป็นร้อยละ 34.93 รองลงมาคืออ้วนระดับ 1 (25 – 29.9 kg/m²) คิดเป็นร้อยละ 27.84 (ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.26 ± 4.34 kg/m²) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.15 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 10.28 สถานภาพสมรสแล้ว (อยู่ด้วยกัน) คิดเป็นร้อยละ 60.28 รองลงมาคือหม้าย คิดเป็นร้อยละ 26.77 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 49.47 รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 23.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 87.94 รองลงมาคือ 5,000 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.06 (รายได้เฉลี่ย $2,107.80 \pm 3,271.70$ บาท) มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 45.92 รองลงมาคือเพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 189 รายจ่ายประจำในแต่ละเดือนคือค่าอาหารเพื่อการบริโภค คิดเป็นร้อยละ 49.39 รองลงมาคือกิจกรรมทางศาสนาและสาธารณประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 25.68 ส่วนรายจ่ายอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ ค่ารักษาพยาบาล เวชภัณฑ์ และค่าน้ำ ค่าไฟ คิดเป็นร้อยละ 27.27 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 55.67 รองลงมาคืออาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 24.29 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 57.98 รองลงมาคือครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 42.02 ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 68.62 รองลงมาคือเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 31.38 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 76.06 รองลงมาคือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 23.94 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 69.68 รองลงมาคือเคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 30.32 ไม่เคยรับประทานอาหารเสริม คิดเป็นร้อยละ 52.30 รองลงมาคือเคยรับประทานอาหารเสริม คิดเป็นร้อยละ 47.70

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 54.43 รองลงมาคือมีกิจกรรมการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 45.57 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่คือเดินเร็ว เดินเยาะๆ เดินเหวี่ยงแขน คิดเป็นร้อยละ 51.36 รองลงมาคือเหยียดกล้ามเนื้อ ขยับแขนขา คิดเป็นร้อยละ 20.62 ความถี่ในการออกกำลังกายเฉลี่ย 2.71 ± 3.57 ครั้ง/สัปดาห์ และระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 30.14 ± 14.37 นาที/ครั้ง ไม่มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 72.34 รองลงมาคือมีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 27.66 ประเภทกิจกรรมนันทนาการส่วนใหญ่คือทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 35.90 รองลงมาคือดูโทรทัศน์ ละคร หนังสือ คิดเป็นร้อยละ 12.18 เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 67.91 รองลงมาคือไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

คิดเป็นร้อยละ 32.09 ความถี่ในเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเฉลี่ย 2.60 ± 1.76 ครั้ง/สัปดาห์ โดยบุคคลที่ร่วมทำกิจกรรมทางศาสนาคือ สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40.73 รองลงมาคือเพื่อน/เพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 19.84 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67.20 รองลงมาคือชำระเงินเอง คิดเป็นร้อยละ 12.23 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ คิดเป็นร้อยละ 47.34 รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 15.60 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.20 รองลงมาคือ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 32.80 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 67.20 รองลงมาคือเบาหวาน และความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 8.97 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	113	20.04
	หญิง	451	79.96
อายุ (ปี)			
	80 ปี ขึ้นไป	67	11.88
	70 – 80 ปี	222	39.36
	น้อยกว่า 70 ปี	275	48.76
	$\bar{X} \pm S.D = 70.71 \pm 7.62$, Min = 60, Max = 95		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ม²)			
	อ้วนระดับ 2 (≥ 30 กิโลกรัม/ม ² ขึ้นไป)	64	11.35
	อ้วนระดับ 1 (25 – 29.9 กิโลกรัม/ม ²)	157	27.84
	น้ำหนักเกิน (23 – 24.9 กิโลกรัม/ม ²)	106	18.79
	น้ำหนักปกติ (18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ม ²)	197	34.93
	น้ำหนักน้อยเกินไป (น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ม ²)	40	7.09
	$\bar{X} \pm S.D = 24.26 \pm 4.34$, Min = 14.34, Max = 36.89		
การศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	58	10.28
	ประถมศึกษา	390	69.15
	มัธยมศึกษาตอนต้น	46	8.16
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	40	7.09
	อนุปริญญา/ ปวส.	14	2.48

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	12	2.13
อื่นๆ ปริญญาโท	4	0.71
สถานภาพสมรส		
โสด	49	8.69
สมรส	340	60.28
หม้าย	151	26.77
หย่าร้าง	17	3.01
แยกกันอยู่	7	1.25
อาชีพ		
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	34	6.03
ค้าขาย	132	23.40
รับจ้าง	59	10.46
เกษตรกรกรรม	13	2.31
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	279	49.47
อื่นๆ ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน รัฐวิสาหกิจ รับเลี้ยงเด็ก	47	8.33
รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	496	87.94
5,000 บาท ขึ้นไป	68	12.06
$\bar{X} \pm S.D = 2,107.80 \pm 3,271.70$, Min = 600, Max = 26,000		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	116	20.57
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	189	33.51
ไม่เพียงพอ	259	45.92

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายจ่ายประจำในแต่ละเดือน		
ค่าอาหารเพื่อการบริโภค	325	49.39
กิจกรรมทางศาสนาและสาธารณประโยชน์	169	25.68
อุปกรณ์บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว	131	19.91
อื่นๆ	33	5.02
ค่ารักษาพยาบาล ยา เวชภัณฑ์	9	27.27
ค่าน้ำ ค่าไฟ	9	27.27
ค่าเดินทางไปสถานพยาบาล	7	21.21
ค่าของใช้ส่วนตัว	3	9.09
ค่าเช่าบ้าน เช่าที่ดิน ผ่อนรถ ผ่อนบ้าน	3	9.09
ค่าดูแลสัตว์เลี้ยง	1	3.03
ค่ากิจกรรมทางสังคม	1	3.03
การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว		
อาศัยอยู่เพียงลำพัง	105	18.62
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	137	24.29
อาศัยอยู่กับบุตรหลาน	314	55.67
อื่นๆ ครอบครัวแม่ น้อง	8	1.42
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	237	42.02
ครอบครัวขยาย	327	57.98
สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	387	68.62
เคยสูบบุหรี่	177	31.38
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	429	76.06
เคยดื่ม	135	23.94

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ซา กาแฟ		
ไม่เคยดื่ม	393	69.68
เคยดื่ม	171	30.32
รับประทานอาหารเสริม		
ไม่เคยรับประทาน	295	52.30
เคยรับประทาน	269	47.70
การออกกำลังกาย		
ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย	307	54.43
มีกิจกรรมการออกกำลังกาย	257	45.57
กิจกรรม		
เหยียดกล้ามเนื้อ ขยับแขนขา	53	20.62
รำ เต้น บาสเกตบอล แอโรบิก	27	10.51
ปั่นจักรยาน	28	10.89
เดินเร็ว เดินเหยาะๆ เดินเหวี่ยงแขน	132	51.36
โยคะ ไทเก๊ก	17	6.62
ความถี่ในการออกกำลังกายเฉลี่ย (ครั้ง/สัปดาห์)		
$\bar{X} \pm S.D = 2.71 \pm 3.57$, Min = 2, Max = 30		
ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย (นาที/ครั้ง)		
$\bar{X} \pm S.D = 30.14 \pm 14.37$, Min = 10, Max = 60		
กิจกรรมนันทนาการ		
ไม่มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก	408	72.34
มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก	156	27.66
ประเภทกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก		
ทำงานบ้าน	56	35.90
กิจกรรมชุมชน พวงหรีด	6	3.85
ดูโทรทัศน์ ละคร หนังสือ	19	12.18

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ทำสวน ปลุกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ ดูแลต้นไม้	14	8.97
ท่องเที่ยว เล่นไฟ	14	8.97
ร้องเพลง วาดรูป	12	7.69
สวดมนต์ เข้าวัดทำบุญ	12	7.69
อ่านหนังสือ อ่านหนังสือธรรมะ	11	7.05
เลี้ยงหลาน	7	4.49
ถักเสื้อ	5	3.21
กิจกรรมทางศาสนา		
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	181	32.09
เคยเข้าร่วมกิจกรรม	383	67.91
ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม (ครั้ง/สัปดาห์)		
$\bar{X} \pm S.D = 2.60 \pm 1.76$, Min = 1, Max = 6		
บุคคลที่ฉันท่วมทำกิจกรรมทางศาสนา		
เฉพาะตัวฉันคนเดียว	71	18.54
สมาชิกในครอบครัว	156	40.73
ญาติ	33	8.62
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	76	19.84
สมาชิกในชุมชน	47	12.27
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ชำระเงินเอง	69	12.23
สิทธิบัตรทอง	379	67.20
สิทธิข้าราชการบำนาญ	17	3.01
สิทธิบุตรที่เป็นข้าราชการ	42	7.45
ประกันชีวิตของบริษัทเอกชน	35	6.21
อื่นๆ สิทธิประกันสังคม	22	3.90

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย		
ร้านขายยา	51	9.05
คลินิกเอกชน	71	12.59
ศูนย์บริการสาธารณสุข	18	3.19
รพ.สต.	69	12.23
โรงพยาบาลรัฐ	267	47.34
โรงพยาบาลเอกชน	88	15.60
โรคประจำตัว		
ไม่มี	185	32.80
มี	379	67.20
โรค		
ความดันโลหิตสูง	115	30.34
เบาหวาน	32	8.44
ไขมันในเลือดสูง	16	4.22
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	34	8.97
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	30	7.92
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	23	6.07
เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	12	3.17
กระดูกและข้อ	17	4.49
โรคหัวใจ	27	7.12
หอบหืด	16	4.22
ไต	14	3.69
ไทรอยด์	20	5.28
โรคกระเพาะ กรดไหลย้อน	8	2.11
พาคินสัน ต้อกระจก ถุงลมโป่งพอง SLE	15	3.96
ธาลัสซีเมีย		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยแยกตามประเภทสมรรถภาพทางกาย สามารถสรุปได้ดังนี้

ความสามารถในการมองเห็น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองเห็นชัด คิดเป็นร้อยละ 55.32 รองลงมาคือมองเห็นชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.91 และ มองไม่เห็นเลย คิดเป็นร้อยละ 1.77 ตามลำดับ

ความสามารถในการได้ยิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ยินชัด คิดเป็นร้อยละ 63.83 รองลงมาคือได้ยินชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง คิดเป็นร้อยละ 34.04 และไม่ได้ยินเลย คิดเป็นร้อยละ 2.13 ตามลำดับ

ความสามารถในการพูด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พูดคล่อง คิดเป็นร้อยละ 64.18 รองลงมาคือพูดคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.01 และพูดไม่คล่องเลย คิดเป็นร้อยละ 1.60 ตามลำดับ

ความสามารถในการอ่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านคล่อง คิดเป็นร้อยละ 64.18 รองลงมาคืออ่านคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.21 และอ่านไม่คล่องเลย คิดเป็นร้อยละ 4.16 ตามลำดับ

ความสามารถในการเขียน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เขียนคล่อง คิดเป็นร้อยละ 65.96 รองลงมาคือเขียนคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.05 และเขียนไม่คล่องเลย คิดเป็นร้อยละ 10.99 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของสมรรถภาพทางกายกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

สมรรถภาพทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการมองเห็น		
มองเห็นชัด	312	55.32
มองเห็นชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	242	42.91
มองไม่เห็นเลย	10	1.77
ความสามารถในการได้ยิน		
ได้ยินชัด	360	63.83
ได้ยินชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	192	34.04
ไม่ได้ยินเลย	12	2.13

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของสมรรถภาพทางกายกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

สมรรถภาพทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการพูด		
พูดคล่อง	476	84.40
พูดคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	79	14.01
พูดไม่คล่องเลย	9	1.60
ความสามารถในการอ่าน		
อ่านคล่อง	362	64.18
อ่านคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	176	31.21
อ่านไม่คล่องเลย	26	4.61
ความสามารถในการเขียน		
เขียนคล่อง	372	65.96
เขียนคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	130	23.05
เขียนไม่คล่องเลย	62	10.99

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการพึ่งพิง (ติดสังคม) คิดเป็นร้อยละ 98.23 รองลงมาคือมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (ติดบ้าน) คิดเป็นร้อยละ 1.77 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 16.46 ± 1.98 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 16.30-16.62 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) (ระดับคะแนน 0 – 4 คะแนน)	0	0.00
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (ติดบ้าน) (ระดับคะแนน 5 – 11 คะแนน)	10	1.77
ไม่ต้องการพึ่งพิง (ติดสังคม) (ระดับคะแนน 12 – 20 คะแนน)	554	98.23

$\bar{X} \pm S.D. = 16.46 \pm 1.98$, Min = 7, Max = 20, 95%CI= 16.30-16.62

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความเครียด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.67 รองลงมาคือเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 28.90 และเครียดในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10.82 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.87 ± 13.50 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 82 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 39.75-41.99 ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของความเครียดกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

ความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดในระดับรุนแรง (ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป)	61	10.82
เครียดในระดับสูง (ระดับคะแนน 42 – 61 คะแนน)	163	28.90
เครียดในระดับปานกลาง (ระดับคะแนน 24 – 41 คะแนน)	314	55.67
เครียดในระดับน้อย (ระดับคะแนน 0 – 23 คะแนน)	26	4.61

$\bar{X} \pm S.D = 40.87 \pm 13.50$, Min = 20, Max = 82, 95%CI=39.75-41.99

เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดมากที่สุด ได้แก่ กล้ามเนื้อตึงหรือปวด คิดเป็นร้อยละ 26.95 รองลงมาได้แก่ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 23.23 และปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 20.92 ตามลำดับ สำหรับประเด็นที่มีระดับความเครียดไม่เลยถึงเล็กน้อย ได้แก่ รู้สึกเศร้า คิดเป็นร้อยละ 82.63 รองลงมาได้แก่ ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 78.73 และตั้งสมาธิลำบาก ร้อยละ 78.02 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของความเครียดกลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย)

ความเครียด	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับความเครียด				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	211 (37.41)	194 (34.40)	74 (13.12)	64 (11.35)	21 (3.72)
ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	220 (39.01)	124 (21.99)	129 (22.87)	66 (11.70)	25 (4.43)
ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน	305 (54.08)	139 (24.65)	81 (14.36)	34 (6.02)	5 (0.89)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของความเครียดกลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ความเครียด	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับความเครียด				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
กังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	224 (43.26)	128 (22.70)	96 (17.02)	52 (9.22)	44 (7.80)
รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	319 (56.56)	114 (20.21)	67 (11.88)	38 (6.74)	26 (4.61)
เงินไม่พอใช้จ่าย	284 (50.35)	113 (20.04)	98 (17.38)	46 (8.15)	23 (4.08)
กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	141 (25.00)	157 (27.84)	114 (20.21)	100 (17.73)	52 (9.22)
ปวดหัวจากความตึงเครียด	183 (32.45)	155 (27.48)	126 (22.34)	62 (10.99)	38 (6.74)
ปวดหลัง	212 (37.59)	117 (20.74)	117 (20.74)	85 (15.08)	33 (5.85)
ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	169 (29.96)	126 (22.34)	138 (24.47)	90 (15.96)	41 (7.27)
ปวดศีรษะข้างเดียว	307 (54.43)	107 (18.97)	91 (16.14)	32 (5.67)	27 (4.79)
รู้สึกวิตกกังวล	272 (48.23)	165 (29.26)	59 (10.46)	39 (6.91)	29 (5.14)
รู้สึกคับข้องใจ	287 (50.89)	137 (24.29)	87 (15.43)	41 (7.27)	12 (2.12)
รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	299 (53.01)	131 (23.23)	69 (12.24)	48 (8.51)	17 (3.01)
รู้สึกเศร้า	335 (59.40)	131 (23.23)	54 (9.57)	34 (6.03)	10 (1.77)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของความเครียดกลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ความเครียด	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับความเครียด				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ความจำไม่ดี	269 (47.70)	140 (24.82)	63 (11.17)	49 (8.69)	43 (7.62)
รู้สึกสับสน	273 (48.40)	128 (22.70)	79 (14.01)	69 (12.23)	15 (2.66)
ตั้งสมาธิลำบาก	291 (51.60)	149 (26.42)	69 (12.23)	45 (7.98)	10 (1.77)
รู้สึกเหนื่อยง่าย	278 (50.89)	105 (18.62)	87 (15.43)	52 (9.21)	33 (5.85)
เป็นหวัดบ่อย ๆ	223 (39.54)	161 (28.55)	80 (14.18)	57 (10.11)	43 (7.62)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 52.66 รองลงมาคือซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.60 และซึมเศร้าในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.74 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.24 ± 5.51 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 22 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 10.78-11.70 ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

ซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ซึมเศร้าในระดับรุนแรง (ระดับคะแนน 25 คะแนนขึ้นไป)	0	0
ซึมเศร้าในระดับปานกลาง (ระดับคะแนน 19-24 คะแนน)	38	6.74
ซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (ระดับคะแนน 13-18 คะแนน)	229	40.60
ปกติ (ระดับคะแนน 0 – 12 คะแนน)	297	52.66

$\bar{X} \pm S.D = 11.24 \pm 5.51$, Min = 0, Max = 22, 95%CI = 10.78-11.70

เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบใช่สูงสุด ได้แก่ ฉันคิดว่าความจำของฉันไม่ดีเท่าคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 72.52 รองลงมาคือฉันรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน คิดเป็นร้อยละ 57.45 และฉันตัดสินใจช้า คิดเป็นร้อยละ 54.79 ตามลำดับ สำหรับข้อที่ไม่ใช่มากที่สุด ได้แก่ ฉันรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ คิดเป็นร้อยละ 85.46 รองลงมาคือฉันคิดว่าคนอื่นดีกว่าฉัน คิดเป็นร้อยละ 84.75 และ ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ คิดเป็นร้อยละ 84.40 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับ ความเครียด	
	ไม่ใช่	ใช่
ฉันไม่พอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	374 (66.31)	190 (33.69)
ฉันไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำประจำ	320 (56.74)	244 (43.26)
ฉันรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่า ไม่รู้จะทำอะไร	397 (70.39)	167 (29.61)
ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	392 (69.50)	172 (30.50)
ฉันไม่หวังว่าจะมีสิ่งที่เกิดขึ้นในวันข้างหน้า	295 (52.30)	269 (47.70)
ฉันมีความกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้	332 (58.87)	232 (41.13)
ส่วนใหญ่แล้วฉันรู้สึกอารมณ์ไม่ดี	373 (66.13)	191 (33.87)
ฉันรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน	240 (42.55)	324 (57.45)
ส่วนใหญ่ฉันรู้สึกไม่มีความสุข	334 (59.22)	230 (40.78)
บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	258 (45.74)	306 (54.26)
ฉันรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ	482 (85.46)	82 (14.54)
ฉันชอบอยู่บ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	302 (53.55)	262 (46.45)
บางครั้งฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	294 (52.13)	270 (47.87)
ฉันคิดว่าความจำของฉันไม่ดีเท่าคนอื่น	155 (27.48)	409 (72.52)
การมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่ไม่น่ายินดี	308 (54.61)	256 (45.39)
ฉันรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ	355 (62.94)	209 (37.06)
ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันค่อนข้างไม่มีคุณค่า	466 (82.62)	98 (17.38)
ฉันรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา	436 (77.30)	128 (22.70)
ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีเรื่องน่าสนใจ	286 (50.71)	278 (49.29)
ฉันรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ	342 (60.64)	222 (39.36)

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับ	
	ไม่ใช่	ใช่
ฉันไม่รู้สึกระทือหรือวัน	269 (47.70)	295 (52.30)
ฉันรู้สึกสิ้นหวัง	401 (71.10)	163 (28.90)
ฉันคิดว่าคนอื่นดีกว่าฉัน	478 (84.75)	86 (15.25)
ฉันอารมณ์เสีง่ายกับเรื่องเล็กน้อยๆอยู่เสมอ	431 (76.42)	133 (23.58)
ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ	476 (84.40)	88 (15.60)
ฉันมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน	469 (83.16)	95 (16.84)
ฉันรู้สึกไม่สดชื่นในเวลาตื่นตอนเช้า	342 (60.64)	222 (39.36)
ฉันไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น	303 (53.72)	261 (46.28)
ฉันตัดสินใจช้า	255 (45.21)	309 (54.79)
ฉันไม่มีจิตใจสบาย แจ่มใส เหมือนก่อน	413 (73.23)	151 (26.77)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง แยกข้อตามสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย พบว่าภายในบ้านเป็นพื้นเรียบและไม่เป็นพื้นขัดมัน คิดเป็นร้อยละ 78.19 และ บริเวณรอบบ้านเป็นพื้นเรียบไม่มีพื้นผิวขรุขระ คิดเป็นร้อยละ 58.16 สำหรับรายการ ประเมินห้องน้ำ – ห้องส้วมที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ ห้องน้ำ – ห้องส้วมมีพื้นที่เรียบเสมอกัน ไม่มันเงา ไม่ลื่น คิดเป็นร้อยละ 88.12 รองลงมาคือมีขนาดไม่กว้างและไม่แคบจนเกินไป (ประมาณ 1.65-2.75 เมตร) คิดเป็นร้อยละ 72.87 และสีของฝาผนัง และพื้นห้องเป็นสีตัดกัน คิดเป็นร้อยละ 71.81 ตามลำดับ ส่วนรายการประเมินที่ไม่มีมากที่สุด ได้แก่ ที่นั่งอาบน้ำแบบเก้าอี้ชนิดติดอยู่กับที่ คิดเป็นร้อยละ 81.21 รองลงมาคือมีราวจับจากภายนอก คิดเป็นร้อยละ 59.22 และใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการ ตักอาบด้วยขัน คิดเป็นร้อยละ 56.21 ตามลำดับ

ในขณะที่รายการประเมินบันไดที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ บริเวณบันไดไม่ปูพรม คิดเป็นร้อยละ 64.18 รองลงมาคือมีแสงสว่างเพียงพอตลอดแนวบันได และไม่วางสิ่งของกีดขวางทางเดิน คิดเป็นร้อยละ 62.23 และชานพักบันได กว้างไม่น้อยกว่า 1.2 เมตร คิดเป็นร้อยละ 56.03 ตามลำดับ ส่วนรายการประเมินที่ไม่มีมากที่สุด ได้แก่ ขอบบันไดแต่ละขั้นติดวัสดุกันลื่น และมีสีที่แตกต่างจากพื้นผิวของบันได คิดเป็นร้อยละ 68.62 รองลงมาคือติดตั้งราวจับทั้งสองด้าน ราวบันไดมีรูปร่างทรง

กลมทั้ง 2 ข้าง และราวบันไดยาวกว่าตัวบันไดประมาณ 30 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 64.01 และพื้นผิวบันไดสี่เหลี่ยมผืนผ้า 2 ด้าน ใช้วัสดุที่ไม่ลื่น คิดเป็นร้อยละ 54.79 ตามลำดับ

นอกจากนี้รายการประเมินประตูที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ ประตูมีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร เป็นแบบบานเปิด หรือบานเลื่อน ไม่ควรมีธรณีประตู คิดเป็นร้อยละ 44.68 รองลงมาคือ ธรณีเป็นประตูกระจก ต้องติดเครื่องหมายหรือแถบสีที่สังเกตเห็นได้ชัด คิดเป็นร้อยละ 41.67 และ อุปกรณ์ เปิด-ปิด ควรเป็นก้านบิดหรือแกนปลั๊กอยู่สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 1 เมตร แต่ไม่เกิน 1.2 เมตร คิดเป็นร้อยละ 39.54 ส่วนรายการประเมินทางลาดที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ พื้นผิววัสดุไม่ลื่น คิดเป็นร้อยละ 67.20 รองลงมาคือไม่มีความชันมากเกินไป คิดเป็นร้อยละ 61.35 ส่วนรายการประเมินพื้นห้อง และฝ้าผนังที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ ใช้สีที่สดใส คิดเป็นร้อยละ 78.55 รองลงมาคือพื้นห้องปูด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น ไม่ขีดจนเป็นมัน คิดเป็นร้อยละ 73.40

สำหรับรายการประเมินห้องนอนที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ ห้องนอนอยู่ในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และไม่เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่น่าจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 97.70 รองลงมาคือมีแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้ตะเกียง เทียนไข หรือสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 96.10 และเตียงนอนอยู่ในตำแหน่งเข้าถึงง่าย โดยความสูงของเตียง หากนั่งแล้วสามารถวางเท้าได้ถึงพื้นในระดับตั้งฉากกับพื้น คิดเป็นร้อยละ 95.21 ส่วนรายการประเมินที่ไม่มีความปลอดภัย ได้แก่ เก้าอี้ที่นั่งต้องมีพนักพิง มีที่วางแขน ความสูงพอเหมาะโดยเมื่อนั่งแล้ว สามารถวางเท้าถึงพื้น หัวเข่าตั้งฉากกับพื้น คิดเป็นร้อยละ 83.51 รองลงมาคือการจัดวางสิ่งของในตู้เสื้อผ้า ถ้าของหนักควรอยู่ชั้นล่างสุด ไม่ควรวางสิ่งของอยู่สูงจนต้องปีน และไม่ควรถ่างเกินไปจนต้องก้มตัวไปหยิบ คิดเป็นร้อยละ 82.09 และข้างเตียงมีราวจับเพื่อป้องกันการหกล้ม และสามารถช่วยพยุงตัวเมื่อลุกขึ้นจากเตียง คิดเป็นร้อยละ 78.90 ตามลำดับ

ในส่วนรายการประเมินมุมพนักพนอน พบว่ามุมพนักพนอนมีบริเวณพื้นที่ที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 90.07 และรายการประเมินการเลือกใช้สีในการตกแต่งบ้าน พบว่ามีการใช้สีที่สดใสในการตกแต่งบ้าน คิดเป็นร้อยละ 67.20 รองลงมาคือใช้สีที่ต่างกันบริเวณทางเดินต่างระดับ คิดเป็นร้อยละ 59.57 ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	รายการ	จำนวนและ(ร้อยละ)ของรายการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	
		ไม่มี	มี
พื้นบ้าน	ภายในบ้าน เป็นพื้นเรียบและไม่เป็นพื้นขัดมัน	123 (21.81)	441 (78.19)
	บริเวณรอบบ้านต้องเรียบไม่มีพื้นผิวขรุขระ	236 (41.84)	328 (58.16)
ห้องน้ำ - ห้องส้วม	พื้นที่เรียบเสมอกัน ไม่มันเงา ไม่ลื่น (หากเป็นพื้นต่างระดับควรเป็นทางลาด)	67 (11.88)	497 (88.12)
	แยกส่วนพื้นที่เปียกและแห้ง มีระบบระบายน้ำที่ดี	191 (33.87)	373 (66.13)
	มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	233 (41.31)	331 (58.69)
	ส้วมเป็นโถส้วมชนิดนั่งราบ และมีราวจับบริเวณใกล้โถนั่ง	248 (43.97)	316 (56.03)
	ไม่อยู่ไกลจากห้องนอน	269 (47.70)	295 (52.30)
	มีขนาดไม่กว้างและไม่แคบจนเกินไป (ประมาณ 1.65-2.75 เมตร)	153 (27.13)	411 (72.87)
	พื้นที่ว่างภายในมีเส้นผ่านศูนย์กลาง ไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร เพื่อใช้เก้าอี้รถเข็นหมุนกลับตัวได้	205 (36.35)	359 (63.65)
	มีราวจับจากภายนอก	334 (59.22)	230 (40.78)
	ที่นั่งอาบน้ำแบบเก้าอี้ชนิดติดอยู่กับที่	458 (81.21)	106 (18.79)
	ใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการตักอาบน้ำด้วยขัน	317 (56.21)	247 (43.79)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	รายการ	จำนวนและ(ร้อยละ)ของรายการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	
		ไม่มี	มี
บันได	ช่องประตูบานเลื่อนมีขนาดไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร และประตูเป็นแบบปลดล็อคจากด้านนอก	295 (52.30)	269 (47.70)
	มีแสงสว่างเพียงพอเห็นสิ่งของภายในห้องได้ง่าย	284 (50.35)	280 (49.65)
	สีของฝาผนัง และพื้นห้องเป็นสีตัดกัน	159 (28.19)	405 (71.81)
	ติดตั้งราวจับทั้งสองด้าน ราวบันไดมีรูปร่างทรงกลมทั้ง 2 ข้าง และราวบันไดยาวกว่าตัวบันไดประมาณ 30 เซนติเมตร	361 (64.01)	203 (35.99)
	บันไดแต่ละชั้นมีขนาดความสูงเสมอกัน และไม่ชันมากจนเกินไป	280 (49.65)	284 (50.35)
	บันไดกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร ลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร ลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตร และปิดชั้นบันไดด้านหลังโดยสนิท	297 (52.66)	267 (47.34)
	พื้นผิวบันไดสีไม่ฉูดฉาด ดูลายตา ไร้วัสดุที่ไม่ลื่น	309 (54.79)	255 (45.21)
	บริเวณบันไดไม่ปูพรม	202 (35.82)	362 (64.18)
	มีแสงสว่างเพียงพอตลอดแนวบันได และไม่วางสิ่งของกีดขวางทางเดิน	213 (37.77)	351 (62.23)
	ชานพักบันได กว้างไม่น้อยกว่า 1.2 เมตร	248 (43.97)	316 (56.03)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	รายการ	จำนวนและ(ร้อยละ)ของรายการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	
		ไม่มี	มี
ประตู	ขอบบันไดแต่ละชั้นควรติดวัสดุกันลื่น และมีสีที่แตกต่างจากพื้นผิวของบันได	387 (68.62)	177 (31.38)
	มีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร เป็นแบบบานเปิด หรือบานเลื่อน ไม่ควรมีธรณีประตู	312 (55.32)	252 (44.68)
	กรณีเป็นประตูกระจก ต้องติดเครื่องหมายหรือแถบสีที่สังเกตเห็นได้ชัด	329 (58.33)	235 (41.67)
	อุปกรณ์ เปิด-ปิด ควรเป็นก้านบิดหรือแกน ผลักอยู่สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 1 เมตร แต่ไม่เกิน 1.2 เมตร	341 (60.46)	223 (39.54)
	ทางลาด	ไม่มีความชันมากเกินไป	218 (38.65)
พื้นห้อง และฝาผนัง	พื้นผิววัสดุไม่ลื่น	185 (32.80)	379 (67.20)
	พื้นห้องปูด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น ไม่ขัดจนเป็นมัน	150 (26.60)	414 (73.40)
	ใช้สีที่สดใส	121 (21.45)	443 (78.55)
ห้องนอน	อยู่ในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และไม่เก็บสะสมสิ่งของที่จำเป็น	13 (2.30)	551 (97.70)
	มีแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้ตะเกียงเทียนไข หรือสูบบุหรี่	22 (3.90)	542 (96.10)
	มีความกว้างเพียงพอต่อการรับความช่วยเหลือ	53 (9.40)	511 (90.60)

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	รายการ	จำนวนและ(ร้อยละ)ของรายการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	
		ไม่มี	มี
	เตียงนอนอยู่ในตำแหน่งเข้าถึงง่าย โดยความสูงของเตียง หากนั่งแล้วสามารถวางเท้าได้ถึงพื้นในระดับตั้งฉากกับพื้น	27 (4.79)	537 (95.21)
	ข้างเตียงมีราวจับเพื่อป้องกันการหกล้ม และสามารถช่วยพยุงตัวเมื่อลุกขึ้นจากเตียง	445 (78.90)	119 (21.10)
	ข้างหัวเตียงมีโต๊ะสำหรับวางสิ่งของจำเป็นในตำแหน่งที่มีมือเอื้อมถึงได้ง่าย	440 (78.01)	124 (21.10)
	ห้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน	30 (5.32)	534 (94.68)
	เก้าอี้นั่งต้องมีพนักพิง มีที่วางแขน ความสูงพอเหมาะโดยเมื่อนั่งแล้ว สามารถวางเท้าถึงพื้น หัวเข่าตั้งฉากกับพื้น	471 (83.51)	93 (16.49)
	การจัดวางสิ่งของในตู้เสื้อผ้า ถ้าของหนักควรอยู่ชั้นล่างสุด ไม่ควรวางสิ่งของอยู่สูงจนต้องปีน และไม่ควรถ่างเกินไปจนต้องก้มตัวไปหยิบ	463 (82.09)	101 (17.91)
มุมพักผ่อน	มีบริเวณพื้นที่ที่เพียงพอ	56 (9.93)	508 (90.07)
การเลือกใช้สีใน	ใช้สีที่สดใส	185 (32.80)	379 (67.20)
การตกแต่งบ้าน	ใช้สีที่ต่างกันบริเวณทางเดินต่างระดับ	228 (40.43)	336 (59.57)

ส่วนที่ 7 ข้อมูลคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.12 มีคะแนนเฉลี่ย 92.00 ± 12.98 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 91.13-93.28 เมื่อแยกรายองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 71.81 มีคะแนน

เฉลี่ย 23.02 ± 4.36 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 22.65-23.38 องค์ประกอบด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 56.03 มีคะแนนเฉลี่ย 22.05 ± 3.90 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 21.73-22.37 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 48.40 มีคะแนนเฉลี่ย 11.21 ± 2.17 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 11.03-11.39 และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 56.21 มีคะแนนเฉลี่ย 29.73 ± 5.03 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 29.31-30.15 ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงความเชื่อมั่น 95% ของคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน (ร้อยละ)	\bar{X} (S.D.)	95%CI
ด้านสุขภาพกาย	29 (5.14)	405 (71.81)	103 (23.05)	23.02 (4.36)	22.65-23.38
ด้านจิตใจ	10 (1.77)	316 (56.03)	238 (42.20)	22.05 (3.90)	21.73-22.37
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	23 (4.08)	273 (48.40)	268 (47.52)	11.21 (2.17)	11.03-11.39
ด้านสิ่งแวดล้อม	11 (1.95)	236 (41.84)	317 (56.21)	29.73 (5.03)	29.31-30.15
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0	356 (63.12)	208 (36.88)	92.00 (12.98)	91.13-93.28

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแยกรายข้อในแต่ละองค์ประกอบ สามารถสรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุดได้แก่ ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 67.37 รองลงมาคือความพอใจกับการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 58.33 และความรู้สึกพอใจที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันได้เป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 51.24 ตามลำดับ สำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเล็กน้อยถึง

ไม่มีเลย ได้แก่ ความสามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติโดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47.87

องค์ประกอบด้านจิตใจ ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตมากถึงมากที่สุดได้แก่ การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 70.92 รองลงมาคือการมีสมาธิในการกิจกรรมต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 69.33 และความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 64.54 ตามลำดับ สำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเล็กน้อยถึงไม่มีเลย ได้แก่ ฉันมีความรู้สึกดี คิดเป็นร้อยละ 37.59

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตมากถึงมากที่สุดได้แก่ ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากบุคคลใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 77.48 และประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเล็กน้อยถึงไม่มีเลย ได้แก่ ความพอใจในชีวิตทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 29.25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตมากถึงมากที่สุดได้แก่ ความพอใจในสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัย คิดเป็นร้อยละ 73.76 รองลงมาคือความรู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 67.91 และความพอใจสภาพแวดล้อมต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 64.54 ตามลำดับสำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเล็กน้อยถึงไม่มีเลย ได้แก่ ความพอใจกับความสะดวกการเดินทาง และพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 12.77 ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (จำนวน 564 ราย)

คุณภาพชีวิต	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับคุณภาพชีวิต				
	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย					
ฉันสามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ปราศจากอาการ	78	139	174	72	101
เจ็บปวดทางร่างกายรบกวน	(13.83)	(24.65)	(30.85)	(12.76)	(17.91)
ฉันมีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมในการดำเนิน	71	65	158	160	110
ชีวิตประจำวัน	(12.59)	(11.52)	(28.01)	(28.37)	(19.51)
ฉันความพอใจกับการนอนหลับ	26	68	141	180	149
	(4.61)	(12.06)	(25.00)	(31.91)	(26.42)

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับคุณภาพชีวิต				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ฉันรู้สึกพอใจที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันได้เป็นปกติ	95 (16.84)	70 (12.41)	110 (19.51)	174 (30.85)	115 (20.39)
ฉันสามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติโดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษายาบาล	111 (19.68)	159 (28.19)	174 (30.85)	82 (14.54)	38 (14.54)
ฉันรู้สึกพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	52 (9.22)	79 (14.01)	144 (25.53)	188 (33.33)	101 (17.91)
ฉันสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	10 (1.77)	50 (8.87)	124 (21.99)	188 (33.33)	192 (34.04)
องค์ประกอบด้านจิตใจ					
ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	14 (2.48)	65 (11.52)	121 (21.45)	193 (34.23)	171 (30.32)
ฉันมีสมาธิในการกิจกรรมต่างๆ	2 (0.35)	25 (4.43)	146 (25.89)	243 (43.09)	148 (26.24)
ฉันรู้สึกพอใจในตนเอง	41 (7.27)	57 (10.10)	138 (24.47)	183 (32.45)	145 (25.71)
ฉันยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง	10 (1.77)	25 (4.43)	129 (22.87)	225 (39.89)	175 (31.04)
ฉันมีความรู้สึกดี	70 (12.41)	142 (25.18)	119 (21.10)	104 (18.44)	129 (22.87)
ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	40 (7.09)	42 (7.45)	132 (23.41)	188 (33.33)	162 (28.72)
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
ฉันพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	0	29 (5.14)	111 (19.68)	261 (46.28)	163 (28.90)

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวนและ(ร้อยละ)ของระดับคุณภาพชีวิต				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ฉันพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากบุคคลใกล้ชิด	4 (0.71)	27 (4.79)	96 (17.02)	278 (49.29)	159 (28.19)
ฉันพอใจในชีวิตทางเพศ	81 (14.36)	84 (14.89)	143 (25.35)	136 (24.12)	120 (21.28)
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม					
ความรู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต	10 (1.77)	38 (6.74)	133 (23.58)	245 (43.44)	138 (24.47)
ฉันพอใจในสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัย	12 (2.13)	39 (6.91)	97 (17.20)	239 (42.38)	177 (31.38)
ฉันมีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	24 (4.26)	48 (8.51)	140 (24.82)	233 (41.31)	119 (21.10)
ฉันพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	16 (2.84)	66 (11.71)	161 (28.55)	228 (40.43)	93 (16.49)
ฉันได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน	23 (4.08)	46 (8.16)	144 (25.48)	235 (41.69)	116 (20.59)
ฉันมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	16 (2.84)	46 (8.16)	167 (29.61)	227 (40.25)	108 (19.14)
ฉันมีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	9 (1.60)	43 (7.62)	148 (26.24)	240 (42.55)	124 (21.99)
ฉันพอใจกับความสะดวกการเดินทาง	26 (4.61)	46 (8.16)	132 (23.40)	238 (42.20)	122 (21.63)

ส่วนที่ 8 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ (111 – 146 คะแนน หรือ ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง คิดเป็นร้อยละ 51.77 มีคะแนนเฉลี่ย 125.63 ± 26.29 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 123.45-127.80 จำแนกย่อยในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 24 คะแนน หรือ ร้อยละ 0 – 59 ของคะแนนเต็ม) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้จนนำมาใช้ในการตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้ คิดเป็นร้อยละ 70.57 มีคะแนนเฉลี่ย 20.30 ± 5.12 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 19.87-20.72

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ได้ (15 – 19.99 คะแนน หรือ ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างรู้และเข้าใจเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.28 มีคะแนนเฉลี่ย 16.33 ± 5.18 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 15.91-16.76

องค์ประกอบที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ (15 – 19.99 คะแนน หรือ ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพก่อนการตัดสินใจที่ถูกต้องได้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 41.67 มีคะแนนเฉลี่ย 15.78 ± 4.52 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 15.40-16.15

องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับพอใช้ได้ (33 – 43 คะแนน หรือ ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการฟัง การอ่าน การเขียน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 47.87 มีคะแนนเฉลี่ย 39.23 ± 8.09 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 38.56-39.90

องค์ประกอบที่ 5 การจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ได้ (30 – 39 คะแนน หรือ ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพได้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ

45.39 มีคะแนนเฉลี่ย 33.97 ± 8.33 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 33.28-34.66 ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงความเชื่อมั่น 95% ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 564 ราย)

องค์ประกอบ	\bar{X} (S.D.)	95%CI	ระดับความ รอบรู้	การแปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	20.30 (5.12)	19.87-20.72	ไม่ดีพอ	ไม่สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้จนนำมาใช้ในการตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	16.33 (5.18)	15.91-16.76	พอใช้ได้	รู้และเข้าใจเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.78 (4.52)	15.40-16.15	พอใช้ได้	มีการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพก่อนการตัดสินใจที่ถูกต้องได้เป็นส่วนใหญ่
4. การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม	39.23 (8.09)	38.56-39.90	พอใช้ได้	มีทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้บ้าง
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	33.97 (8.33)	33.28-34.66	พอใช้ได้	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพได้เป็นส่วนใหญ่
สรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	125.63 (26.29)	123.45- 127.80	พอใช้ได้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติได้ถูกต้องบ้าง

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อในแต่ละองค์ประกอบสามารถสรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการ

สุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 58.16 รองลงมาคือเปิดรับข้อมูลสุขภาพเสมอ เพื่อที่จะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 54.01 และมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ตนเลือกใช้นั้น มีการให้บริการสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของตน คิดเป็นร้อยละ 53.90 ตามลำดับ สำหรับ ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยถึงน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อต้องการข้อมูล สุขภาพสามารถค้นหาข้อมูลได้จากหลายแหล่ง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์หรือสอบถามผู้รู้ จนได้ ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย คิดเป็นร้อยละ 31.38 รองลงมาคือสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องที่กังวลหรือสนใจได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งใคร คิดเป็น ร้อยละ 26.06 และสามารถสืบค้น หาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ตนหรือคน ในครอบครัวของตนเป็นอยู่ คิดเป็นร้อยละ 25.53 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ประเด็นที่กลุ่ม ตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ สามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้าน สุขภาพจากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (facebook, line) ได้ คิดเป็นร้อยละ 56.38 รองลงมาคือสามารถกรอกข้อมูลด้าน สุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้ คิดเป็นร้อยละ 54.80 และรู้และ เข้าใจคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 54.08 ตามลำดับ สำหรับประเด็นที่กลุ่ม ตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยถึงน้อยที่สุด ได้แก่ รู้และเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพที่ เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูป (You tube) เพื่อ สุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 37.06 รองลงมาคือสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับ ที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้ คิดเป็นร้อยละ 29.41 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ ก่อนตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ จะสอบถาม ความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน คิดเป็นร้อยละ 51.77 รองลงมาคือศึกษา เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะ บอกคนอื่นต่อ คิดเป็นร้อยละ 43.97 และหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมา ยืนยันข้อมูลนั้น ก่อนที่จะเชื่อและทำตาม คิดเป็นร้อยละ 40.95 ตามลำดับ สำหรับประเด็นที่กลุ่ม ตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยถึงน้อยที่สุด ได้แก่ มักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม คิดเป็นร้อยละ 32.98 และเมื่อมีข้อมูลสุขภาพใหม่เข้ามา จะ ตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม คิดเป็นร้อยละ 30.14 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ ถ้าต้องการความช่วยเหลือ มีญาติหรือเพื่อนที่พร้อมจะ

ให้การช่วยเหลือได้ คิดเป็นร้อยละ 72.16 รองลงมาคือมีคนรอบข้างอย่างน้อย 1 คนที่ให้การสนับสนุนกับฉันในการดูแลสุขภาพตนเอง คิดเป็นร้อยละ 68.79 และสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับ สุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพได้ คิดเป็นร้อยละ 57.27 สำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยถึงน้อยที่สุด ได้แก่ สามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพ ให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจในข้อมูลสุขภาพนั้นได้ คิดเป็นร้อยละ 22.87 และมักสอบถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม คิดเป็นร้อยละ 21.81 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 5 การจัดการสุขภาพตนเอง ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ฉันอยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ คิดเป็นร้อยละ 54.43 รองลงมาคือเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 53.01 และหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจตนเอง เพื่อคอยกำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 51.95 ตามลำดับ สำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยถึงน้อยที่สุด ได้แก่ ตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพตนเอง และจะทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้ คิดเป็นร้อยละ 24.47 และมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 21.81 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนและ(ร้อยละ)ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องที่ผมกังวลหรือสนใจได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งใคร	47 (8.33)	100 (17.73)	146 (25.89)	167 (29.61)	104 (18.44)
2. เมื่อฉันต้องการข้อมูลสุขภาพฉันสามารถค้นหาข้อมูลได้จากหลายแหล่ง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์หรือสอบถามผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย	86 (15.25)	91 (16.13)	128 (22.70)	159 (28.19)	100 (17.73)
3. ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพเสมอ เพื่อฉันจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี	56 (9.98)	57 (10.16)	145 (25.85)	196 (34.94)	107 (19.07)
4. ฉันสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ	34 (6.03)	52 (9.22)	150 (26.60)	186 (32.97)	142 (25.18)
5. ฉันสามารถสืบค้น หาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ผมหรือคนในครอบครัวของผมเป็นอยู่	60 (10.64)	84 (14.89)	118 (20.92)	209 (37.06)	93 (16.49)
6. ฉันมั่นใจว่า แหล่งบริการสุขภาพที่ผมเลือกใช้นั้น มีการให้บริการสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของผม	50 (8.87)	72 (12.77)	138 (24.47)	187 (33.15)	117 (20.74)
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
7. ฉันสามารถรอกข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้	62 (11.03)	85 (15.12)	107 (19.04)	202 (35.95)	106 (18.86)
8. ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสาร หรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้	73 (13.01)	92 (16.40)	123 (21.93)	172 (30.66)	101 (18.00)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
9. ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (facebook, line) ได้	76 (13.48)	74 (13.12)	96 (17.02)	215 (38.12)	103 (18.26)
10. ฉันรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (You tube) เพื่อสุขภาพ	124 (21.99)	85 (15.07)	96 (17.02)	155 (27.48)	104 (18.44)
11. ฉันรู้และเข้าใจคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพ	70 (12.41)	64 (11.35)	125 (22.16)	202 (35.82)	103 (18.26)
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ					
12. ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ฉันจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และคนในครอบครัวก่อน	56 (9.93)	61 (10.82)	155 (27.48)	199 (35.28)	93 (16.49)
13. ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	75 (13.37)	110 (19.61)	152 (27.09)	156 (27.81)	68 (12.12)
14. เมื่อมีข้อมูลสุขภาพใหม่เข้ามา ฉันจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	80 (14.18)	90 (15.96)	181 (32.09)	169 (29.96)	44 (7.81)
15. ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ	59 (10.46)	85 (15.07)	172 (30.50)	188 (33.33)	60 (10.64)
16. ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งใด เพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้น ก่อนที่จะเชื่อและทำตาม	60 (10.64)	86 (15.25)	187 (33.16)	162 (28.72)	69 (12.23)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนและ(ร้อยละ)ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม					
17. ฉันมักสอบถาม หรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม	46 (8.16)	77 (13.65)	177 (31.38)	196 (34.75)	68 (12.06)
18. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับฉันได้	34 (6.03)	64 (11.35)	143 (25.35)	223 (39.54)	100 (17.73)
19. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพได้ในช่วงที่ฉันมีปัญหาสุขภาพ	32 (5.67)	35 (6.21)	201 (35.64)	219 (38.83)	77 (13.65)
20. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจกับฉันในการดูแลสุขภาพตนเอง	31 (5.50)	39 (6.91)	184 (32.62)	230 (40.79)	80 (14.18)
21. ฉันสามารถแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่	33 (5.85)	71 (12.59)	170 (30.14)	224 (39.72)	66 (11.70)
22. ฉันมีคนรอบข้างมากพอที่จะคอยช่วยเหลือฉันได้ หากฉันไม่สบายหรือเจ็บป่วย	29 (5.14)	47 (8.33)	139 (24.65)	232 (41.14)	117 (20.74)
23. ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือ ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือฉันได้	21 (3.72)	34 (6.03)	102 (18.09)	248 (43.97)	159 (28.19)
24. ฉันมีคนรอบข้างอย่างน้อย 1 คนที่ให้การสนับสนุนกับฉันในการดูแลสุขภาพตนเอง	15 (2.66)	50 (8.87)	111 (19.68)	230 (40.78)	158 (28.01)
25. ฉันมีผู้สนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างเข้มแข็งที่พร้อมเป็นกำลังใจให้กับฉัน	23 (4.08)	33 (5.85)	116 (20.57)	246 (43.61)	146 (25.89)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนและ(ร้อยละ)ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
26. ฉันทสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับ สุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพได้	24 (4.26)	45 (7.97)	172 (30.50)	215 (38.12)	108 (19.15)
27. ฉันทสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่นยอมรับและ เข้าใจในข้อมูลสุขภาพนั้นได้	44 (7.80)	85 (15.07)	166 (29.43)	197 (34.93)	72 (12.77)
การจัดการสุขภาพตนเอง					
28. ฉันทมีข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพถูกต้อง และเพียงพอที่จะจัดการสุขภาพตนเอง	40 (7.09)	68 (12.06)	179 (31.74)	188 (33.33)	89 (15.78)
29. ฉันทมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อยาม เจ็บป่วยได้	36 (6.38)	82 (14.54)	170 (30.15)	206 (36.52)	70 (12.41)
30. ฉันทมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองได้	35 (6.21)	88 (15.60)	157 (27.84)	207 (36.70)	77 (13.65)
31. ฉันทมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง	35 (6.21)	76 (13.48)	167 (29.60)	199 (35.28)	87 (15.43)
32. ฉันทใช้เวลากับการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก	33 (5.85)	82 (14.54)	170 (30.14)	187 (33.16)	92 (16.31)
33. ฉันทวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของฉันทเอง	25 (4.43)	93 (16.49)	157 (27.84)	185 (32.80)	104 (18.44)
34. ฉันทตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพตนเองและจะทำให้ ได้ตามที่ ตั้งใจไว้	46 (8.16)	92 (16.31)	163 (28.90)	176 (31.21)	87 (15.42)
35. ฉันทหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจตนเอง เพื่อคอย กำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น	48 (8.51)	78 (13.83)	145 (25.71)	197 (34.93)	96 (17.02)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายข้อ (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนและ(ร้อยละ)ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
36. ฉันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ฉันอยู่ในสถานที่เหมาะสม ต่อการมีสุขภาพที่ดีได้	21 (3.72)	72 (12.77)	164 (29.08)	218 (38.65)	89 (15.78)
37. ฉันเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ	43 (7.62)	58 (10.28)	164 (29.08)	189 (33.52)	110 (19.50)

ส่วนที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีลำดับขั้นตอนดังนี้

9.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิธีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสมรรถภาพ ปัจจัยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัจจัยความเครียด ปัจจัยภาวะซึมเศร้า ปัจจัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย และปัจจัยคุณภาพชีวิตกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทีละคู่ (Bivariate Analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดจากตัวแปรอื่น ซึ่งจะได้ค่า Crude OR และค่า p-value มาพิจารณากันกรองตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 เข้าโมเดลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ดังนี้

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ กิจกรรมทางศาสนา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์ทีละคู่) (จำนวน 564 ราย)

ตัวแปร	จำนวน (n)	% of Good HLCrude	OR	95% CI	p-value
เพศ					0.128
หญิง	451	71.62	1	-	
ชาย	113	78.76	1.47	0.89-2.41	
อายุ (ปี)					<0.001
70 ปี ขึ้นไป	289	65.74	1	-	
น้อยกว่า 70 ปี	275	80.73	2.18	1.48-3.21	
ดัชนีมวลกาย (BMI) (กิโลกรัม/ม²)					<0.001
ผอม-ปกติ (<23)	237	61.60	1	-	
เกิน-อ้วน (≥23)	327	81.35	2.72	1.85-3.98	
ระดับการศึกษา					0.022
ไม่ได้เรียน	58	68.97	1	-	
ประถมศึกษา	390	70.77	1.08	0.59-1.98	
มัธยมศึกษาตอนต้น-ปริญญาโท	116	82.76	2.16	1.03-4.50	
สถานภาพสมรส					0.017
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	175	65.14	1	-	
โสด	340	76.18	1.71	1.14-2.54	
สมรส	49	79.59	2.08	0.97-4.46	
อาชีพ					0.097
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	279	68.46	1	-	
ค้าขาย	179	78.77	1.71	1.10-2.65	
รับจ้าง	59	71.79	1.14	0.61-2.11	
เกษตรกรรม	13	76.92	1.53	0.41-5.71	
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	34	82.35	2.15	0.85-5.37	
รายเฉลี่ยได้ต่อเดือน (บาท)					0.441
น้อยกว่า 5,000 บาท	68	69.12	1	-	
5,000 บาท ขึ้นไป	496	73.59	1.24	0.71-2.16	
ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน					0.787
เพียงพอและเหลือเก็บ	116	70.69	1	-	
เพียงพอและไม่เหลือเก็บ	189	73.02	1.12	0.67-1.87	
ไม่เพียงพอ	259	74.13	1.18	0.73-1.93	

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์ทีละคู่) (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n)	% of Good HL	Crude OR	95% CI	p-value
การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว					0.002
อาศัยอยู่กับบุตรหลาน	322	69.88	1	-	
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	137	70.80	1.04	0.67-1.62	
อาศัยอยู่เพียงลำพัง	105	85.71	2.58	1.42-4.69	
ลักษณะครอบครัว					0.580
ครอบครัวเดี่ยว	237	74.26	1	-	
ครอบครัวขยาย	327	72.17	0.89	0.61-1.31	
สูบบุหรี่					0.333
ไม่เคยสูบ	387	71.83	1	-	
เคยสูบ	177	75.71	1.22	0.81-1.83	
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.932
ไม่เคยดื่ม	429	72.96	1	-	
เคยดื่ม	135	73.33	1.01	0.65-1.57	
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง					0.008
ไม่เคยดื่ม	393	76.34	1	-	
เคยดื่ม	171	65.50	0.58	0.39-0.87	
รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ					<0.001
ไม่เคยรับประทาน	295	66.10	1	-	
เคยรับประทาน	269	80.67	2.14	1.45-3.15	
ออกกำลังกาย					0.416
ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกาย	307	71.66	1	-	
มีกิจกรรมออกกำลังกาย	257	74.71	1.16	0.80-1.69	
กิจกรรมนันทนาการ/พักผ่อน					0.999
ไม่มีกิจกรรมนันทนาการ	408	73.04	1	-	
มีกิจกรรมนันทนาการ	156	73.08	1.00	0.66-1.51	
กิจกรรมทางศาสนา					0.097
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	181	68.51	1	-	
เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	383	75.20	1.39	0.94-2.05	

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์ทีละคู่) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n)	% of Good HLCrude OR	95% CI	p-value
สิทธิการรักษาพยาบาล				0.353
สิทธิบัตรทอง ข้าราชการ ประกันสังคม	460	72.17	1	-
ชำระเงินเอง	69	73.91	1.09	0.61-1.94
ประกันชีวิตของบริษัทเอกชน	35	82.86	1.86	0.75-4.59
สถานพยาบาลที่ใช้บริการ				0.637
สถานพยาบาลเอกชน	210	71.90	1	-
สถานพยาบาลรัฐ	354	73.73	1.05	0.86-1.26
โรคประจำตัว				0.433
ไม่มี	185	75.14	1	-
มี	379	72.03	0.85	0.57-1.27
ความสามารถในการมองเห็น				0.176
มองเห็นชัดบ้างไม่ชัดบ้าง-มองไม่เห็นเลย	252	70.24	1	-
มองเห็นชัด	312	75.32	1.29	0.89-1.87
ความสามารถในการได้ยิน				0.006
ได้ยินชัดบ้างไม่ชัดบ้าง-ไม่ได้ยินเลย	204	66.18	1	-
ได้ยินชัด	360	76.94	1.71	1.16-2.49
ความสามารถในการพูด				<0.001
พูดคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-พูดไม่คล่องเลย	88	39.77	1	-
พูดคล่อง	476	79.20	5.76	3.56-9.32
ความสามารถในการอ่าน				<0.001
อ่านคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-อ่านไม่คล่องเลย	202	57.43	1	-
อ่านคล่อง	362	81.77	3.32	2.26-4.89
ความสามารถในการเขียน				<0.001
เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-เขียนไม่คล่องเลย	192	56.77	1	-
เขียนคล่อง	372	81.45	3.34	2.27-4.92
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน				0.001
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (ติดบ้าน)	10	20.00	1	-
ไม่ต้องการพึ่งพิง (ติดสังคม)	554	74.01	11.38	2.39-54.25
ความเครียด				<0.001
เครียดในระดับสูง-รุนแรง	224	62.95	1	-
เครียดในระดับน้อย-ปานกลาง	340	79.71	2.31	1.58-3.37

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์ทีละคู่) (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n)	% of Good HLCrude OR	95% CI	p-value
ภาวะซึมเศร้า				0.035
ซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย-ปานกลาง	267	68.91	1	-
ปกติ	297	76.77	1.49	1.03-2.16
คุณภาพชีวิต				<0.001
คุณภาพชีวิตไม่ดี-ปานกลาง	305	58.36	1	-
คุณภาพชีวิตดี	259	90.35	6.67	4.16-10.69
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย				0.030
ไม่ดี	229	68.12	1	-
ดี	335	76.42	1.51	1.04-2.20

9.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ด้วยวิธีการขจัดออกทีละตัว (Backward elimination)

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) เมื่อควบคุมอิทธิพลปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ต่อมเครื่องต้มชูกำลัง รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 70 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 1.91 เท่า (Adjusted OR= 1.91; 95%CI= 1.16 –3.14; p-value= 0.011) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป

ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเกิน-อ้วน (≥ 23 กิโลกรัม/ม²) มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 3.09 เท่า (Adjusted OR= 3.09; 95%CI= 1.90 –5.03; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายผอม-ปกติ (<23 กิโลกรัม/ม²)

การต้มเครื่องต้มชูกำลัง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่เคยต้มเครื่องต้มชูกำลัง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพที่ไม่ดีลดลงร้อยละ 68.00 (Adjusted OR= 0.32; 95%CI= 0.18 –0.55; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

การรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่เคยรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 2.50 เท่า (Adjusted OR= 2.50; 95%CI= 1.47 –4.26; p-value= 0.001)เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ

ความสามารถในการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ได้ยินชัด มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีลดลงร้อยละ 44.90 (Adjusted OR= 0.55; 95%CI= 0.32 –0.94; p-value= 0.031) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ยินชัดบ้างไม่ชัดบ้าง-ไม่ได้ยินเลย

ความสามารถในการพูด มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่พูดคล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 4.15 เท่า (Adjusted OR= 4.15; 95%CI= 2.13 –8.06; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่พูดคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-พูดไม่คล่องเลย

ความสามารถในการอ่าน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่อ่านคล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 3.12 เท่า (Adjusted OR= 3.12; 95%CI= 1.84 –5.28; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-อ่านไม่คล่องเลย

ความสามารถในการเขียน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่เขียนคล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 3.21 เท่า (Adjusted OR= 3.21; 95%CI= 1.92 –5.35; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-เขียนไม่คล่องเลย

ความเครียด มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่เครียดในระดับน้อย-ปานกลาง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 1.72 เท่า (Adjusted OR= 1.72; 95%CI= 1.05 –2.79; p-value= 0.029) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เครียดในระดับสูง-รุนแรง

คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 9.01 เท่า (Adjusted OR= 9.01; 95%CI= 4.96 –16.37.; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี-ปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร)
(จำนวน 564 ราย)

ตัวแปร	จำนวน (n)	% of Good HL	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
อายุ (ปี)						0.011
70 ปี ขึ้นไป	289	65.74	1	1	-	
น้อยกว่า 70 ปี	275	80.73	2.18	1.91	1.16-3.14	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ม²)						<0.001
ผอม-ปกติ (<23)	237	61.60	1	1	-	
เกิน-อ้วน (≥23)	327	81.35	2.72	3.09	1.90-5.03	
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง						<0.001
ไม่เคยดื่ม	393	76.34	1	1	-	
เคยดื่ม	171	65.50	0.58	0.32	0.18-0.55	
รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ						0.001
ไม่เคยรับประทาน	295	66.10	1	1	-	
เคยรับประทาน	269	80.67	2.14	2.50	1.47-4.26	
ความสามารถในการได้ยิน						0.031
ได้ยินชัดบ้างไม่ชัดบ้าง-ไม่ได้ยินเลย	204	66.18	1	1	-	
ได้ยินชัด	360	76.94	1.71	0.55	0.32-0.94	
ความสามารถในการพูด						<0.001
พูดคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-พูดไม่คล่องเลย	88	39.77	1	1	-	
พูดคล่อง	476	79.20	5.76	4.15	2.13-8.06	
ความสามารถในการอ่าน						<0.001
อ่านคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-ไม่คล่องเลย	202	57.43	1	1	-	
อ่านคล่อง	362	81.77	3.32	3.12	1.84-5.28	
ความสามารถในการเขียน						<0.001
เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-ไม่คล่องเลย	192	56.77	1	1	-	
เขียนคล่อง	372	81.45	3.34	3.21	1.92-5.35	

ตารางที่ 4.14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร) (จำนวน 564 ราย) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n)	% of Good HL	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
ความเครียด						0.029
เครียดในระดับสูง-รุนแรง	224	62.95	1	1	-	
เครียดในระดับน้อย-ปานกลาง	340	79.71	2.31	1.72	1.05-2.79	
คุณภาพชีวิต						<0.001
คุณภาพชีวิตไม่ดี-ปานกลาง	305	58.36	1	1	-	
คุณภาพชีวิตดี	259	90.35	6.67	9.01	4.96-16.37	

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 564 ราย สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่น และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ (Multiple logistic regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์คร่าวละหลายตัวแปร ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ด้วยวิธีการกำจัดออกทีละตัว (Backward elimination) ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.96 อายุน้อยกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.76 (อายุเฉลี่ย 70.71±7.62 ปี) น้ำหนักปกติ (18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ม²) คิดเป็นร้อยละ 34.93 (ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.26±4.34 กิโลกรัม/ม²) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.15 สถานภาพสมรสแล้ว (อยู่ด้วยกัน) คิดเป็นร้อยละ 60.28 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 49.47 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 87.94 (รายได้เฉลี่ย 2,107.80±3,271.70 บาท) มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 45.92 รายจ่ายประจำในแต่ละเดือนคือค่าอาหารเพื่อการบริโภค คิดเป็นร้อยละ 49.39 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 55.67 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 57.98 ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 68.62 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 76.06 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 69.68 ไม่เคยรับประทานอาหารเสริม คิดเป็นร้อยละ 52.30 ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 54.43 ไม่มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 72.34 เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา คิดเป็นร้อยละ 67.91 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67.20 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ คิดเป็นร้อยละ 47.34 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.20

ข้อมูลสมรรถภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองเห็นชัด คิดเป็นร้อยละ 55.32 ได้ยินชัด คิดเป็นร้อยละ 63.83 พุดคล่อง คิดเป็นร้อยละ 64.18 อ่านคล่อง คิดเป็นร้อยละ 64.18 และเขียนคล่อง คิดเป็นร้อยละ 65.96

ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการพึ่งพิง (ติดสังคม) คิดเป็นร้อยละ 98.23 รองลงมาคือมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (ติดบ้าน) คิดเป็นร้อยละ 1.77 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 16.46 ± 1.98 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 16.30-16.62

ข้อมูลความเครียด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.67 รองลงมาคือเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 28.90 และเครียดในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10.82 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.87 ± 13.50 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 82 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 39.75-41.99

ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 52.66 รองลงมาคือซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.60 และซึมเศร้าในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.74 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.24 ± 5.51 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 22 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 10.78-11.70

ข้อมูลความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย

ภายในบ้านเป็นพื้นเรียบและไม่เป็นพื้นขรุขระ คิดเป็นร้อยละ 78.19 รายการประเมินห้องน้ำ – ห้องส้วมที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ ห้องน้ำ – ห้องส้วมมีพื้นที่เรียบเสมอกัน ไม่มันเงา ไม่ลื่น คิดเป็นร้อยละ 88.12 ในขณะที่รายการประเมินบันไดที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ บริเวณบันไดไม่ปูพรม คิดเป็นร้อยละ 64.18 นอกจากนี้รายการประเมินประตูที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ ประตูมีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร เป็นแบบบานเปิด หรือบานเลื่อน ไม่ควรมีธรณีประตู คิดเป็นร้อยละ 44.68 สำหรับรายการประเมินห้องนอนที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ ห้องนอนอยู่ในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และไม่เก็บสะสมสิ่งของที่จำเป็น คิดเป็นร้อยละ 97.70 ในส่วนรายการประเมินมุมพักผ่อน พบว่ามุมพักผ่อนมีบริเวณพื้นที่ที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 90.07 และรายการประเมินการเลือกใช้สีใน

การตกแต่งบ้าน พบว่ามีการใช้สีที่สดใสในการตกแต่งบ้าน คิดเป็นร้อยละ 67.20 ส่วนรายการประเมินทางลาดที่พบว่ามีมากที่สุด ได้แก่ พื้นผิววัสดุไม่ลื่น คิดเป็นร้อยละ 67.20

ข้อมูลคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.12 มีคะแนนเฉลี่ย 92.00 ± 12.98 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 91.13-93.28 เมื่อแยกรายองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 71.81 มีคะแนนเฉลี่ย 23.02 ± 4.36 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 22.65-23.38 องค์ประกอบด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 56.03 มีคะแนนเฉลี่ย 22.05 ± 3.90 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 21.73-22.37 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 48.40 มีคะแนนเฉลี่ย 11.21 ± 2.17 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 11.03-11.39 และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 56.21 มีคะแนนเฉลี่ย 29.73 ± 5.03 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 29.31-30.15

ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 51.77 มีคะแนนเฉลี่ย 125.63 ± 26.29 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 123.45- 127.80 เมื่อจำแนกย่อยในแต่ละองค์ประกอบพบว่า ร้อยละ 70.57 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ดีพอ มีคะแนนเฉลี่ย 20.30 ± 5.12 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 19.87-20.72 ร้อยละ 35.28 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติพอใช้ได้ มีคะแนนเฉลี่ย 16.33 ± 5.18 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 15.91-16.76 ร้อยละ 41.67 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพพอใช้ได้ มีคะแนนเฉลี่ย 15.78 ± 4.52 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 15.40-16.15 ร้อยละ 47.87 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและสนับสนุนทางสังคมพอใช้ได้ มีคะแนนเฉลี่ย 39.23 ± 8.09 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 38.56-39.90 และร้อยละ 45.39 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพตนเองพอใช้ได้ มีคะแนนเฉลี่ย 33.97 ± 8.33 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 33.28-34.66

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทีละคู่ (Bivariate Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ กิจกรรมทางศาสนา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) เมื่อควบคุมอิทธิพลปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต

2. อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับพอใช้ได้ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดีพอ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.15 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 87.94 การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ ความสามารถในการอ่านเขียน ความเข้าใจ และความสามารถในการเรียนรู้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับคนที่มีการศึกษาสูง และรายได้น้อยอาจทำให้การเข้าถึงแหล่งความรู้ค่อนข้างมีจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tiller et al.⁽¹¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อายุ 55-91 ปี ที่อาศัยในประเทศเยอรมนี พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและรายได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Ansari H et al.⁽¹⁰⁰⁾ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุทางตะวันออกเฉียงใต้ของอิหร่าน พบว่ารายได้และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังสอดคล้องกับ Joanne Protheroe et al.⁽¹⁰²⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับรูปแบบการดำเนินชีวิตและลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ รายได้และ

ระดับการศึกษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Berkman et al.⁽¹¹¹⁾ พบว่า ระดับความสามารถในการอ่าน การรับรู้ทางสายตา การได้ยินเสียง การประมวลผล และการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ลดลงส่งผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ วรณศิริ นิลเนตร (2557)⁽⁸⁶⁾ ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียนลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดีพอ และอาจมีแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงได้ค่อนข้างยาก มีข้อจำกัดในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองถูกต้องและทันสมัย จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น เว็บไซต์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ซึ่งหากสามารถส่งเสริมในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ดีขึ้น จะช่วยลดภาวะความเจ็บป่วยและการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุได้

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.12 มีคะแนนเฉลี่ย 92.00 ± 12.98 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 91.13-93.28 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prachuntasen et al.⁽¹¹²⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.19 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 55.27-61.06 แต่ผลการวิจัยครั้งนี้อาจไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา โดยงานวิจัยของ Pradeep et al.⁽¹¹³⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบัลลัง ประเทศเนปาล ผลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.18 ความไม่สอดคล้องกันของผลวิจัยอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ ความเชื่อ วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และการเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่แตกต่างกัน นอกจากนี้จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตยังพบว่าผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิต รู้ว่าชีวิตมีความหมาย มีสมาธิในการกิจกรรมต่างๆ และมีความรู้สึกเหงา เศร้า เพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและทัศนคติกับความชราของผู้สูงอายุในประเทศตุรกีของ Top et al.⁽¹¹⁴⁾ ที่พบว่าทัศนคติการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลในแบบสอบถามยังพบว่า ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความพอใจในสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัยและมั่นคงปลอดภัยในชีวิตมาก รู้สึกพอใจกับการคมนาคมและสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพมาก ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากบุคคลใกล้ชิดมาก

และมีเงินพอใช้จ่ายเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Onunkwor et al.⁽¹¹⁵⁾ พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Jumsri⁽¹¹⁶⁾ พบว่าปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งรบกวนเสียง หรือกลิ่นเหม็น และรายได้น้อยกว่ารายจ่ายส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายในทุกๆ ด้าน เช่น การเสื่อมถอยทางด้านสายตา สายตาจะยาว สายตามัว จึงต้องการแสงสว่างมากขึ้น การเสื่อมถอยทางการได้ยิน เช่น หูตึง ได้ยินไม่ชัด ไม่สามารถแยกเสียงพูดออกจากเสียงที่รบกวน และความเสื่อมถอยของกระดูก เช่น หลังโค้งงอ และกระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม รวมทั้งอาจพบอาการหลงลืม หรือสมองเสื่อมได้มากขึ้น เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านความเสื่อมของร่างกายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สามารถทำได้ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและปลอดภัย จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐานคู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ⁽¹¹⁷⁾ กล่าวคือ

- 1) มีความปลอดภัยทางกายภาพด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย เช่น มีแสงสว่างเพียงพอตลอดแนวบ้นใด และไม่วางสิ่งของกีดขวางทางเดิน คิดเป็นร้อยละ 62.23 ห้องน้ำพื้นที่เรียบเสมอกัน ไม่มันเงา ไม่ลื่น (หากเป็นพื้นต่างระดับควรเป็นทางลาด) คิดเป็นร้อยละ 88.12 มีราวจับบริเวณใกล้โถ่ง ไม่อยู่ไกลจากห้องนอน คิดเป็นร้อยละ 56.03 ห้องนอนมีความกว้างเพียงพอต่อการรับความช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 90.60 มุมพักผ่อนมีบริเวณพื้นที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 90.07
- 2) มีความสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น มีทางลาดพื้นผิววัสดุไม่ลื่นสำหรับรถเข็น คิดเป็นร้อยละ 67.20 และ
- 3) สามารถสร้างแรงกระตุ้นจากการตกแต่งสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยมีความน่าสนใจ ห้องน้ำสีของฝาผนัง และพื้นห้องเป็นสีตัดกัน คิดเป็นร้อยละ 71.81 บ้นใดมีแสงสว่างเพียงพอตลอดแนวบ้นใด และไม่วางสิ่งกีดขวางทางเดิน คิดเป็นร้อยละ 62.23 ห้องนอนมีแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้ตะเกียง เทียนไข หรือสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 96.10 เลือกใช้สีที่สดใสในการตกแต่งบ้าน คิดเป็นร้อยละ 67.20 ซึ่งสามารถสร้างแรงกระตุ้นทำให้ชีวิตกระชุ่มกระชวยไม่ซึมเศร้า

ความเครียด

ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.67 โดยมักจะมีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย สอดคล้องกับทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ที่กล่าวว่า ความแก่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้นตามอวัยวะที่มากขึ้น ดังนั้นจึงเกิดปัญหาด้านสุขภาพและกลัวต่อการเสื่อมลงเรื่อยๆของร่างกาย ทำให้เกิดโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษา เกิดปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหรือเคลื่อนไหวลำบาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดในระดับมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิทมา ธรรมเจริญ⁽¹¹⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าสุขภาพร่างกายและความเครียดมีความสัมพันธ์กัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงจะมีความสุขและไม่มีภาวะทางอารมณ์หรือทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามพบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 45.92 ผู้สูงอายุเหล่านี้จะให้ความสำคัญกับการหารายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวันหรือมีปัญหาด้านการเงิน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prachuntasen et al.⁽¹¹²⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการมีรายได้น้อยจากการไม่มีงานทำหรือปัญหาสุขภาพการชะลอตัวทางเศรษฐกิจของประเทศและค่าครองชีพที่สูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องพยายามหารายได้เพื่อให้พอเพียงกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของตนและสมาชิกในครอบครัวและเพื่อเก็บเงินไว้ใช้จ่ายฉุกเฉินในอนาคต จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้

ภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.60 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.74 ซึ่งในการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องจากหนึ่งในสามมีสถานภาพโสด สมรสหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ (ร้อยละ 39.71) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 49.47) รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 45.92) การเสื่อมลงเรื่อยๆของร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับรายได้และการสนับสนุนทางสังคม⁽¹¹⁹⁾ และในการศึกษารั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าค่อนข้างต่ำอาจมีสาเหตุจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ช่วงอายุ 60-69 ปี) ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเอง พึ่งพาผู้อื่นน้อย และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมในสังคม ชุมชน เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุคลายภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถทางกายในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีแนวโน้มความสามารถทางกายลดลง ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการ

ดำเนินชีวิตประจำวันไม่ต้องการพึ่งพิง (ร้อยละ 98.23) ซึ่งเมื่อมีภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้รู้สึกหดหู่ เบื่อหน่าย ทำให้ไม่อยากลุกเดินหรือทำกิจกรรมใดๆ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมามีพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย⁽¹²⁰⁾

ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ หรือสามารถพึ่งพาตนเองได้ (ร้อยละ 98.23) ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ด้านลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ด้านการใช้ห้องน้ำ ด้านการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ด้านการสวมใส่เสื้อผ้า ด้านการขึ้นลงบันได ด้านการอาบน้ำ ด้านการกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และด้านการกลั่นปัสสาวะ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมักเข้าร่วมกิจกรรมชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ ชุมชนและมีการออกกำลังกาย จากผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นโดยชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ และชุมชน และร้อยละ 45.57 มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับความรู้ต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ ได้รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง หากเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางกายหรือจิตใจจะทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้หรือสามารถพึ่งพาตนเอง เนื่องจากชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ และชุมชน มีกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมทางศาสนา ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะคนในวัยเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีโอกาสได้รับความรู้ใหม่ๆ และการแลกเปลี่ยนด้านการดูแลสุขภาพระหว่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จึงส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมยังคงอยู่ในระดับดี จากผลการวิจัยของ Edemekong et al.⁽¹²¹⁾ ได้ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกสังคม และจากผลการวิจัยของ Rubio et al.⁽¹²²⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมทางสังคมและความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นโดยชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ และชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนได้ดีขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ ช่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานต่อไปได้เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น

ข้อมูลสมรรถภาพทางกาย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสมรรถภาพทางกายในด้านมองเห็น การได้ยิน การพูด การอ่าน และการเขียน อยู่ในระดับดี ส่งผลให้ระดับความสามารถในการอ่าน การรับรู้ทางสายตา การได้ยินเสียง การประมวลผล และการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสมรรถภาพทางกาย เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพและเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน การดำเนินชีวิตก็จะมีความสุขและมีประสิทธิภาพ นั้นหมายถึงการมีสมรรถภาพทางกายที่ดี

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร เมื่อควบคุมอิทธิพลปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ดัชนีเครื่องดื่มชูกำลัง รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

อายุ

ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 1.91 เท่า (Adjusted OR= 1.91; 95%CI= 1.16 –3.14; p-value= 0.011) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป

กล่าวได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง อาจเนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อม จำอดีตได้แม่นยำ แต่จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อย หรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดซ้ำ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งเกิดจากการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ดังนั้นผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึง หรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการวิจัยของ Jovic-Vranes et al.⁽¹²³⁾ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการวิจัยของ Gazmararian et al.⁽²⁹⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lee et al.⁽¹²⁴⁾ ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ดัชนีมวลกาย

ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายเกินถึงอ้วน (≥ 23) มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น เป็น 3.09 เท่า (Adjusted OR= 3.09; 95%CI= 1.90 –5.03; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายผอม-ปกติ (<23) กล่าวได้ว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Baker DW et al⁽¹²⁵⁾ ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มผอม (<18.5 <23.0 กิโลกรัม/ม²) และจากผลการวิจัยของ Winter JE et al⁽¹²⁶⁾ ได้ศึกษาดัชนีมวลกายและอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ห่อภิมาน พบว่าสูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อย (<23.0 กิโลกรัม/ม²) เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

ผู้สูงอายุที่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีลดลงร้อยละ 68.00 (Adjusted OR= 0.32; 95%CI= 0.18 –0.55; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง กล่าวได้ว่า การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเพื่อการพักผ่อน เพิ่มพลัง ผ่อนคลาย รวมทั้งดื่มกับเพื่อนๆ ได้พูดคุยกัน นอกจากนี้หากผู้สูงอายุสามารถเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพหรือโภชนาการของเครื่องดื่มชูกำลังจะทำให้การใช้ชีวิตในแต่ละวันได้ดีขึ้น สิ่งนี้อาจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น ข้อมูลจากศึกษา พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 30.32 เคยดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่นเดียวกับผลวิจัยของ Han et al⁽¹²⁷⁾ ที่ได้ศึกษาการบริโภคเครื่องดื่มในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าผู้สูงอายุดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-40

รับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่เคยรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 2.50 เท่า (Adjusted OR= 2.51; 95%CI= 1.47 –4.26; p-value= 0.001) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ กล่าวได้ว่า การรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความสามารถในการทำความเข้าใจและนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจใช้อาหารเสริมด้านสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยพิจารณาแล้วว่ามีการอาหารสูง สามารถเพิ่มพลังงานและส่งเสริมสุขภาพได้ เมื่อมีข้อมูล

สุขภาพเพียงพอและเข้าใจจึงตัดสินใจเลือกอาหารเสริมที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพการป้องกันตนเองและการรักษาได้มากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เริ่มหันมาใส่ใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pitug et al⁽¹²⁸⁾ ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้อาหารเสริมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีโอกาสใช้อาหารเสริมเพิ่มขึ้นเป็น 1.91 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

ความสามารถในการเขียน

ผู้สูงอายุที่เขียนคล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 3.21 เท่า (Adjusted OR= 3.21; 95%CI= 1.92 –5.35; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-เขียนไม่คล่องเลย กล่าวได้ว่า ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุที่เขียนคล่อง และผู้สูงอายุที่เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่เขียนไม่คล่องเลย สามารถอธิบายได้ว่า การเขียนเป็นความสามารถในการอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการจดบันทึกเรื่องราวต่างๆ จากการเรียนรู้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถเขียนคล่อง ย่อมส่งผลให้ผู้นั้นมีการเรียนรู้กว่าผู้ที่ไม่คล่องเลย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bostock⁽¹²⁹⁾ ที่พบว่าหนึ่งในสามของผู้สูงอายุประเทศอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและอัตราการตายที่สูงขึ้น

ความสามารถในการได้ยิน

ผู้สูงอายุที่ได้ยินชัด มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีลดลงร้อยละ 44.90 (Adjusted OR= 0.55; 95%CI= 0.32 –0.94; p-value= 0.031) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ได้ยินชัดบ้างไม่ชัดบ้าง-ไม่ได้ยินเลย กล่าวได้ว่า ความสามารถในการได้ยินมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้ยินชัดเจน และผู้สูงอายุที่ได้ยินชัดเจนบ้าง มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้ยินไม่ชัดเจนเลย สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการได้ยินเป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาทสัมผัสสำคัญที่ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้และส่งผลต่อการเรียนรู้ของมนุษย์โดยตรง⁽⁸⁶⁾

ความสามารถในการพูด

ผู้สูงอายุที่พูดคล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 4.15 เท่า (Adjusted OR= 4.15; 95%CI= 2.13 –8.06; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่พูดคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-พูดไม่คล่องเลย กล่าวได้ว่า ความสามารถในการพูดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพูดเป็นการแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกของผู้พูด และยังใช้ประเมินผลการเรียนรู้ได้อีกด้วย ⁽⁸⁶⁾

ความสามารถในการอ่าน

ผู้สูงอายุที่อ่านคล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 3.12 เท่า (Adjusted OR= 3.12; 95%CI= 1.84 –5.28; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อ่านคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง-อ่านไม่คล่องเลย กล่าวได้ว่าความสามารถในการอ่านความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความสามารถในการอ่านของผู้สูงอายุน้อยลง มีปัญหาสายตา ในกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bostock⁽¹²⁹⁾ ที่พบว่าหนึ่งในสามของผู้สูงอายุอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจและการเขียน ข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจนี้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและอัตราการตายที่สูงขึ้น

ความเครียด

ผู้สูงอายุที่มีความเครียดน้อยถึงปานกลาง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 1.72 เท่า (Adjusted OR= 1.72; 95%CI= 1.05 –2.79; p-value= 0.029) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพและความสามารถในการตัดสินใจจากความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ระบุว่าความเครียดทำให้ความสามารถในการประมวลผลข้อมูลและสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางเลือกลดลง ^(130,131)

คุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นเป็น 9.01 เท่า (Adjusted OR= 9.01; 95%CI= 4.96 –16.37.; p-value= <0.001) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถที่แสดงให้เห็นถึงการพิจารณา วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลดีผลเสีย เพื่อนำใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดีและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้

ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำเป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับผลวิจัยของ ศิรินันท์ สุขศรี⁽⁹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีโอกาสที่จะมีระดับคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางเป็น 3.07 เท่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่แบ่งเป็นกลุ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ตีพอ และกลุ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้ จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับการจัดประเภทบริการสุขภาพ หรือการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน และความสามารถในการเขียน เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรคำนึงถึงสมรรถภาพดังกล่าว เช่น การให้บริการสุขภาพหรือกิจกรรมควรมีระดับเสียงที่เหมาะสมกับการได้ยินของผู้สูงอายุ หรือแม้แต่การผลิตสื่อหรือแบบฟอร์มการเข้ารับบริการต่างๆ ควรเหมาะสมกับความสามารถในการมองเห็นหรือการอ่านของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำ รวมถึงจัดบริการตรวจวัดการได้ยิน และการมองเห็น เพื่อป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินและการมองเห็น

ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกาย ตีมีเครื่องตีมีชุกกำลัง และรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพ และออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมเฝ้าระวัง ป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดและคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทั้ง

ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดการความเครียด ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นควรให้ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ควรจัดให้มีช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) กล่าวคือเมื่อทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ควรจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Intervention) วัดเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ร่วมกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)



บรรณานุกรม

1. Economic UNDo, Affairs S. The aging of populations and its economic and social implications: New York: United Nations. 1956.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัมมะโนประชากรและเคหะ. 2560.
3. United Nations DoEaSA, Population Division. The world population situation. 2014.
4. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. สถิติของผู้สูงอายุประเทศไทย77จังหวัด. 2560.
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย วจ. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. 2556.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. 2557.
7. WHO. Global age-friendly cities: A guide: World Health Organization. 2007.
8. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54(5):770-6.
9. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? : Springer. 2009.
10. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient education and counseling. 2010;79(1):43-8.
11. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social science & medicine. 2008;66(8):1809-16.
12. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI, Crittenden K, Vicencio D. Health literacy, social support, and health status among older adults. Educational gerontology. 2009;35(3):191-201.
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.

บรรณานุกรม (ต่อ)

14. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetes patients. *Diabetes care*. 2008.
15. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient education and counseling*. 2015;98(5):660-8.
16. ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ . กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์. 2554.
17. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort of older English adults. *Journal of epidemiology and community health*. 2015;69(3):278-83.
18. Kaewdamkeong K TN. Health literacy. Bangkok: New Thammada Press. 2011.
19. Sangduan Ginggeaw NP. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-morbidity *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2015.
20. Anderson G, Horvath J. The growing burden of chronic disease in America. *Public health reports*. 2004;119(3):263-70.
21. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American journal of public health*. 2008;98(7):1198-200.
22. อภิญญา อินทรรัตน์. ความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*.15(3):174-8.
23. อุทัยทิพย์ รักษรรยาบรรณและคณะ. ภาวะทุพพลภาพและปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพ ในประชากรสูงอายุไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2552;15(11):111-26.
24. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(12):1086-90.

บรรณานุกรม (ต่อ)

25. WHO. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. Paper presented at the 7th global conference for health promotion: Promoting health and development, closing the implementation gap; 2009, Oct26–30, Kenya. 2009.
26. Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniadis J. Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? Results from a systematic review. *Journal of medical Internet research*. 2016;18(6).
27. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(2):146-55.
28. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson S, Rowlands G. Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. *Information Services & Use*. 2017;37(2):131-51.
29. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *Jama*. 1999;281(6):545-51.
30. Manganello JA. Teens, dating violence, and media use: A review of the literature and conceptual model for future research. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2008;9(1):3-18.
32. กลุ่มงานยุทธศาสตร์การพัฒนารัฐธรรมนูญปรการ. แผนพัฒนารัฐธรรมนูญปรการ 4 ปี (พ.ศ.2561-2564). 2561.
33. กระทรวงมหาดไทย. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2556-2561. 2556.
34. WHO. Fact life on ageing and the life course. 2010.
35. สมจิตร์ หนุณเจริญ. การพยาบาลทางผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง. 2539.

บรรณานุกรม (ต่อ)

36. Erikson EH. Youth: Change and challenge: Basic books. 1963.
37. Havens BJ. An investigation of activity patterns and adjustment in an aging population. *The Gerontologist*. 1968;8(31):201-6.
38. Cumming E, William E. Henry, w. E. Growing old: The process of disengagement. New Ycrk: Basic Books. 1961.
39. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & health sciences*. 2009;11(1):77-89.
40. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. 2008;67(12):2072-8.
41. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*. 2007;23(5):840-7.
42. UNESCO. Media and Information Literacy: Policy and Strategy Guidelines. Unesco Paris. 2013.
43. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *Journal of health communication*. 2010;15(S2):9-19.
44. กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม. 2561.
45. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*. 2000;15(4):277-83.
46. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. *Journal of general internal medicine*. 2005;20(2):185.
47. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 2553;23:46-55.
48. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):878-83.
49. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(16):2337-43.

บรรณานุกรม (ต่อ)

50. Services USdohah. National action plan to improve Health literacy. Office of disease prevention and health promotion. 2010;18-21. 2010.
51. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 5 1 instruments. Journal of Health Communication. 2014;19(sup2):302-33.
52. Bryan C. Provider and policy response to reverse the consequences of low health literacy. Journal of Healthcare Management. 2008;53(4):230.
53. Rudd RE. The evolving concept of health literacy: new directions for health literacy studies. Taylor & Francis. 2015.
54. Rudd RE. Needed action in health literacy. Journal of health psychology. 2013;18(8):1004-10.
55. Bedard R, Metzger L, Williams B. Ageing prisoners: An introduction to geriatric health-care challenges in correctional facilities. International Review of the Red Cross. 2016;98(903):917-39.
56. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต. 2560.
57. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร. ด้านสุขภาพการพิมพ์. 2545: 252-253.
58. กฤติยา บุญรัตน์ประภา และสรสินทร์ บัวทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษาระดับปริญญาตรีภาคปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 2550:15-16.
59. ดวงใจ กसानติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้. กรุงเทพมหานคร. นำอักษรการพิมพ์. 2542.
60. ปุณยภพ สิทธิพรอนันต์. ฆ่าตัวตาย เพราะโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ : ไกล่หมอ. 2550.
61. สุชีรา ทรายุตวรรัตน. หนังสือคู่มือการวัดทางจิตวิทยา. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพมหานคร. 2545.
62. Dalkey NC, Rourke DL. The Delphi procedure and rating quality of life factors. The Quality of Life Concept. 1973:209-21.

บรรณานุกรม (ต่อ)

63. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in nursing science*. 1985.
64. Yuan LL, Yuen B, Low C. Quality of life in cities—definition, approaches and research. *Urban quality of life: Critical issues and options*. 1999:1-13.
65. Cummins J, Sayers D. *Brave new schools: Challenging cultural illiteracy through global learning networks*: Palgrave Macmillan. 1997.
66. Group W. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of life assessment: international perspectives*: Springer. 1994:41-57.
67. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1403-9.
68. Garratt A, Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. . Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Bmj*. 2002;324(7351):1417.
69. Nanda U, McLendon, P. M., Andresen, E. M., & Ambrecht, E. The SIP68: an abbreviated sickness impact profile for disability outcomes research. *Quality of Life Research*. 2003;12(5):583-595.
70. Hunt SM, McKenna, S. P., McEwen, J., Backett, E. M., Williams, J., & Papp, E. . A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1980;34(4):281-286.
71. พรรณนทิพา ศักดิ์ทอง. *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554.
72. Kaplan RM, Anderson JP. A general health policy model: update and applications. *Health services research*. 1988;23(2):203-35.

บรรณานุกรม (ต่อ)

73. WHO. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995;41(10):1403-9.
74. The WHOQoL G. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. 1998;46(12):1569-85.
75. สุวัฒน์ มหัตถนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง. 2540.
76. Burrough PA. Principles of geographical information systems for land resources assessment. 1986.
77. Goodchild MF, Parks BO, Steyaert LT. Environmental modeling with GIS. 1993.
78. Estes J, Star J. Geographic information systems. University of California Santa Barbara-EEUU. 1990: 295.
79. จารุณี เสียงสนั่น. การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพื้นที่ที่เทรนด์ใหม่ในวงการระบาดวิทยาทางการแพทย์และสัตว์แพทย์. *The Monitoring and Surveillance Center for Zoonotic diseases in Wildlife and Exotic animal*. 2552:16.
80. Fabrikant SI, Ruocco M, Middleton R, Montello DR, Jörgensen C. The first law of cognitive geography: Distance and similarity in semantic space. *Proceedings of GIScience*. 2002:31-3.
81. Shepard D, editor A two-dimensional interpolation function for irregularly-spaced data. *Proceedings of the 1968 23rd ACM national conference*. 1968.
82. Anselin L. The Moran scatterplot as an ESDA tool to assess local instability in spatial association: Regional Research Institute, West Virginia University Morgantown, WV.1993.
83. Dale MR, Fortin M-J. Spatial analysis: a guide for ecologists: Cambridge University Press.2014.

บรรณานุกรม (ต่อ)

84. Getis A. Reflections on spatial autocorrelation. *Regional Science and Urban Economics*. 2007;37(4):491-6.
85. หทัยกานต์ ห่องกระจก. อิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (วิทยานิพนธ์) มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559.
86. วรณศิริ นิลเนตร. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
87. แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2558;25(3):43-54.
88. กิจพพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2560;11(1):26-36.
89. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2558;9(2):1-8.
90. ศิรินันท์ สุขศรี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นฉบับบัณฑิตศึกษา*. 2560;17(4):73-84.
91. นิติกร ภูสุวรรณ. ความเครียดของผู้สูงอายุในเขตตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสกลนคร. การประชุมวิชาการมหาสารคามวิจัยครั้งที่ 10 มหาสารคาม. 2556:165-171.
92. อังควรา วงษาสันต์ และนพรัตน์ บุญเพียรผล. ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. *มหาวิทยาลัยศิลปากร กรุงเทพมหานคร*. 2560.
93. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนาธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคม*. 2555;2(1):63-74.
94. บุษราคัม จิตอารีย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชน จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์) มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2555.
95. ปิยภรณ์ เลหาบุตร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์) มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.

บรรณานุกรม (ต่อ)

96. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(6):S368-S74.
97. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *The Annals of Family Medicine*. 2009;7(3):204-11.
98. Tung H-H, Lu T-M, Chen L-K, Liang S-Y, Wu S-F, Chu K-H. Health literacy impact on elderly patients with heart failure in Taiwan. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2014;5(3):72-6.
99. Słóńska ZA, Borowiec AA, Aranowska AE. Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *AnthropologicAl review*. 2015;78(3):297-307.
100. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Hajmohammadi M, et al. Health literacy in older adults and its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope*. 2016;5(4).
101. Kopera-Frye K. *Health Literacy Among Older Adults*: Springer Publishing Company. 2016.
102. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations*. 2017;20(1):112-9.
103. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Health literacy in the German population: results of a representative survey. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017;114(4):53.
104. Moradi Z, Nouri MFAB, Mohammadi M, Esfandnia F, Taovsi P, Esfandnia A. Evaluation of stress factors among the elderly in the nursing homes for the elderly (Eram and Mother) in Kermanshah, in 2015. *Journal of medicine and life*. 2015;8(3):146.

บรรณานุกรม (ต่อ)

105. Yadav K, Mishra S. A study about depression and stress among older people. *Njmrd*.2016;1(4);7-11.
106. Mina NU. Depression Among Elderly People: A Literature Review. 2017.
107. Wang D, Zheng J, Kurosawa M, Inaba Y, Kato N. Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. *Environmental health and preventive medicine*. 2009;14(2):128.
108. Iwarsson S, Isacsson Å, Lanke J. ADL dependence in the elderly population living in the community: The influence of functional limitations and physical environmental demand. *Occupational therapy international*. 1998;5(3):173-93.
109. Chandrika S, Radhakumari P, DeviMadhavi B. Quality of Life of Elderly Residing in old Age Homes and Community in Visakhapatnam City. *Hindu*. 2015;42(84):50.
110. Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting. Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. *BMC public health*. 2015;15(1):883.
111. Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. Health literacy: what is it?. *Journal of health communication*. 2010;15(S2):9-19.
112. Prachuntasen, K., Laohasiriwong, W., & Luenam, A. Social capital associated with quality of life among late adults and elderly population in the Northeast of Thailand. *F1000Research*. 2018;7(496):496.
113. Pradeep, G. C., Tiraphat, S., & Chompikul, J. Factors associated with quality of life among the elderly in Baglung District, Nepal. *Journal of Public Health and Development*. 2017;15(3):51-64.
114. Top, M., Eriş, H., & Kabalcioğlu, F. Quality of life (QOL) and attitudes toward aging in older adults in Şanlıurfa, Turkey. *Research on Aging*. 2013; 35(5):533-562.

บรรณานุกรม (ต่อ)

115. Onunkwor, O. F., Al-Dubai, S. A. R., George, P. P., Arokiasamy, J., Yadav, H., Barua, A., & Shuaibu, H. O. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and quality of life outcomes*. 2016;14(1): 6.
116. Jumsri, T. The development of life quality for elderly in Mae-Aimunicipality Mae-Ai district Chiang Mai province, Master's thesis, Khon Kaen University. 2011
117. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2558.
118. วิทมา ธรรมเจริญ. ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2555.
119. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-1983; 7(1):37-49.
120. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2006;19(1):15-31.
121. Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., & Levy, S. B. Activities of daily living (ADLs). 2017.
122. Rubio, E., Lázaro, A., & Sánchez-Sánchez, A. Social participation and independence in activities of daily living: a cross sectional study. *BMC geriatrics*. 2009;9(1):26.
123. Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., Marinkovic, J., & Kocev, N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *International journal of public health*. 2011;56(2):201-207.

บรรณานุกรม (ต่อ)

124. Lee, S. Y. D., Tsai, T. I., Tsai, Y. W., & Kuo, K. N. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC public health*. 2010;10(1):614.
125. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*. 2007;167(14):1503-9.
126. Winter JE, MacInnis RJ, Wattanapenpaiboon N, Nowson CA. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(4):875-90.
127. Han, K., Hwang, E., & Park, J. B. (2016). Association between consumption of coffee and the prevalence of periodontitis: The 2008–2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *PloS one*.2016;11(7): e0158845.
128. Pitug, W., Laohasiriwong, W., Senahad, N., & Soeung, K. P. (2020). Health Literacy and Dietary Supplement Consumption among Northerners of Thailand. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2020;11(7): 1482-1487.
129. Bostock, S., & Steptoe, A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*. 2012; 344: e1602.
130. Starcke K, Brand M. Decision making under stress: a selective review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;36(4):1228–48.
131. Schwabe L, Wolf OT. Stress-induced modulation of instrumental behavior: from goal-directed to habitual control of action. *Behav Brain Res*. 2011;219(2):321–8.



ภาคผนวก

ก แบบสอบถาม



เขียนเพื่อรับใช้สังคม

แบบสอบถาม

เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

คำชี้แจง :

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ให้มีความเหมาะสมและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านไว้เป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/ ข้อมูลส่วนตัวของท่าน จึงไม่เกิดผลกระทบใดๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงขอความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถาม จักเป็นพระคุณยิ่ง

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	22	ข้อ
ส่วนที่ 2	ข้อมูลสมรรถภาพ	จำนวน	5	ข้อ
ส่วนที่ 3	ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 4	ข้อมูลแบบประเมินความเครียด	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 5	ข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน	30	ข้อ
ส่วนที่ 6	ข้อมูลด้านความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่ 7	ข้อมูลคุณภาพชีวิต	จำนวน	26	ข้อ
ส่วนที่ 8	ข้อมูลแบบความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	37	ข้อ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ที่ท่านได้สละเวลาตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้องตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ(เต็ม)ปี (นับตาม พ.ศ.เกิด)
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูงเซนติเมตร
- 5.ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> (2) ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> (3) มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> (5) อนุปริญญา/ ปวส.	<input type="checkbox"/> (6)ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> (7) อื่นๆ ระบุ.....	
- 6.สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> (1) โสด	<input type="checkbox"/> (2) สมรส	<input type="checkbox"/> (3) หม้าย	<input type="checkbox"/> (4) หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> (5) แยกกันอยู่
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---
- 7.การประกอบอาชีพ

<input type="checkbox"/> (1) ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> (2) ค้าขาย	<input type="checkbox"/> (3) รับจ้าง	<input type="checkbox"/> (4) เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> (5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> (6) อื่นๆ ระบุ.....				
- 8.รายได้เฉลี่ยของท่าน ประมาณ.....บาท/เดือน
 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประมาณ.....บาท/เดือน
- 9.ความเพียงพอของรายได้

<input type="checkbox"/> (1) เพียงพอและเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> (2) เพียงพอไม่เหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> (3) ไม่เพียงพอ
--	--	---
- 10.ประเภทรายจ่ายประจำในแต่ละเดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> (1) ค่าอาหารเพื่อการบริโภค	<input type="checkbox"/> (2) กิจกรรมทางศาสนาและสาธารณประโยชน์ เช่นการทำบุญ การบริจาคช่วยเหลือชุมชน
<input type="checkbox"/> (3) อุปการะบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว	<input type="checkbox"/> (4) อื่นๆ ระบุ.....
- 11.การอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว

<input type="checkbox"/> (1) อาศัยอยู่เพียงลำพัง	<input type="checkbox"/> (2) อาศัยอยู่กับคู่สมรส
<input type="checkbox"/> (3) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน	<input type="checkbox"/> (4) อื่นๆ ระบุ.....
12. ลักษณะครอบครัว

<input type="checkbox"/> (1) ครอบครัวเดี่ยว	<input type="checkbox"/> (2) ครอบครัวขยาย
---	---
13. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

<input type="checkbox"/> (1) ไม่เคยสูบ	<input type="checkbox"/> (2) เคยสูบ
--	-------------------------------------
14. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

<input type="checkbox"/> (1) ไม่เคยดื่ม	<input type="checkbox"/> (2) เคยดื่ม
---	--------------------------------------

15. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ หรือไม่

- (1) ไม่เคยดื่ม (2) เคยดื่ม

16. ท่านรับประทานอาหารเสริมด้านสุขภาพ (เครื่องดื่มเสริมโปรตีน สมุนไพร น้ำมันข้าว นมถั่วเหลือง) หรือไม่

- (1) ไม่เคยรับประทาน (2) เคยรับประทาน

17. การออกกำลังกาย

- (1) ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย
 (2) มีกิจกรรมการออกกำลังกาย
 (3) ประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกาย ระบุ.....
 (4) ความถี่ในการออกกำลังกายเฉลี่ย.....ครั้ง/สัปดาห์
 (5) ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย.....นาที/ครั้ง

18. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อน

- (1) ไม่มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก
 (2) มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก ระบุกิจกรรม.....

19. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ในรอบปีที่ผ่านมา

- (1) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม
 (2) เคยเข้าร่วมกิจกรรม
 (3) ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม เฉลี่ย.....ครั้ง/สัปดาห์/เดือน

บุคคลที่ท่านร่วมทำกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน

- (1) เฉพาะตัวท่านคนเดียว (2) สมาชิกในครอบครัว (3)ญาติ
 (4) เพื่อน/เพื่อนบ้าน (5) สมาชิกในชุมชน (6) อื่นๆ ระบุ.....

20. สิทธิในการรักษาพยาบาล

- (1) ชำระเงินเอง (2) สิทธิบัตรทอง (3) สิทธิข้าราชการบำนาญ (4) สิทธิบุตรที่เป็นข้าราชการ
 (5) ประกันชีวิตของบริษัทเอกชน (6) อื่นๆ ระบุ.....

21. สถานพยาบาลที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด

- (1) ร้านขายยา (2) คลินิกเอกชน (3) ศูนย์บริการสาธารณสุข (4) รพ.สต.
 (5) โรงพยาบาลรัฐ (อำเภอ,จังหวัด) (6) โรงพยาบาลเอกชน (7) อื่นๆ ระบุ.....

22. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- (1) ไม่มี (2) มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสมรรถภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ความสามารถในการมองเห็น

- (1) มองเห็นชัด (2) มองเห็นชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง (3) มองไม่เห็นเลย

2. ความสามารถในการได้ยิน

- (1) ได้ยินชัด (2) ได้ยินชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง (3) ไม่ได้ยินเลย

3. ความสามารถในการพูด

- (1) พูดคล่อง (2) พูดคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (3) พูดไม่คล่องเลย

4. ความสามารถในการอ่าน

- (1) อ่านคล่อง (2) อ่านคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (3) อ่านไม่คล่องเลย

5. ความสามารถในการเขียน

- (1) เขียนคล่อง (2) เขียนคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (3) เขียนไม่คล่องเลย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นลิ้นๆ ไว้ล่วงหน้า
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้างเช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. ทำได้เอง

4. การใช้ห้องน้ำ

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2. เดิน หรือ เคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสม)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั้นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแบบประเมินความเครียด

คำชี้แจง ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน

คำถามในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
1. กลัวทำงานผิดพลาด					
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6. เงินไม่พอใช้จ่าย					
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9. ปวดหลัง					
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11. ปวดศีรษะข้างเดียว					
12. รู้สึกวิตกกังวล					
13. รู้สึกคับข้องใจ					
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15. รู้สึกเศร้า					
16. ความจำไม่ดี					
17. รู้สึกสับสน					
18. ตั้งสมาธิลำบาก					
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ					

ส่วนที่ 5 ข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำประจำ		
3. ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่า ไม่รู้จะทำอะไร		
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5. ท่านหวังจะมีสิ่งที่เกิดขึ้นในวันข้างหน้า		
6. ท่านมีความกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้		
7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี		
8. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ได้เกิดขึ้นกับท่าน		
9. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข		
10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11. ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12. ท่านชอบอยู่บ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13. บางครั้งท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14. ท่านคิดว่าความจำของท่านไม่ดีเท่าคนอื่น		
15. การมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18. ท่านรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา		
19. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนใจอีกมาก		
20. ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ		
21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น		
22. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง		
23. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน		
24. ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กน้อยๆอยู่เสมอ		
25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26. ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน		
27. ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นตอนเช้า		
28. ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29. ท่านตัดสินใจอะไรเร็ว		
30. ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใส เหมือนก่อน		

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย

การจัดสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสม	รายการ	ผลการสำรวจ	
		มี	ไม่มี
1. พื้นบ้าน	ภายในบ้าน เป็นพื้นเรียบและไม่เป็นพื้นขรุขระ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	บริเวณรอบบ้านต้องเรียบไม่มีพื้นผิวขรุขระ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ห้องน้ำ - ห้องส้วม	พื้นที่เรียบเสมอกัน ไม่มันเงา ไม่ลื่น (หากเป็นพื้นต่างระดับ ควรเป็นทางลาด)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	แยกส่วนพื้นที่เปียกและแห้ง มีระบบระบายน้ำที่ดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ส้วมเป็นโถส้วมชนิดนั่งราบ และมีราวจับบริเวณใกล้โถนั่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ไม่อยู่ไกลจากห้องนอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มีขนาดไม่กว้างและไม่แคบจนเกินไป (ประมาณ 1.65-2.75 เมตร)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	พื้นที่ว่างภายในมีเส้นผ่านศูนย์กลาง ไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร เพื่อใช้เก้าอี้รถเข็นหมุนกลับตัวได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มีราวจับจากภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ที่นั่งอาบน้ำแบบเก้าอี้ชนิดติดอยู่กับที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการตักอาบน้ำด้วยขัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ช่องประตูบานเลื่อนมีขนาดไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร และ ประตูเป็นแบบปลดล็อคจากด้านนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มีแสงสว่างเพียงพอเห็นสิ่งของภายในห้องได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	สีของฝาผนัง และพื้นห้องเป็นสีตัดกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. บันได	ติดตั้งราวจับทั้งสองด้าน ราวบันไดมีรูปร่างทรงกลมทั้ง 2 ข้าง และราวบันไดยาวกว่าตัวบันไดประมาณ 30 เซนติเมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	บันไดแต่ละขั้นมีขนาดความสูงเสมอกัน และไม่ชันมากจนเกินไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	บันไดกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร ลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร ลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตร และปิดขั้นบันไดด้านหลังโดยสนิท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	พื้นผิวบันไดสีไม่ฉูดฉาด ดูคล้ายตา ใช้วัสดุที่ไม่ลื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	บริเวณบันไดไม่ปูพรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มีแสงสว่างเพียงพอตลอดแนวบันได และไม่วางสิ่งของกีดขวางทางเดิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การจัดสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสม	รายการ	ผลการสำรวจ	
		มี	ไม่มี
	ชานพักบันได กว้างไม่น้อยกว่า 1.2 เมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ขอบบันไดแต่ละชั้นควรติดวัสดุกันลื่น และมีสีที่แตกต่างจากพื้นผิวของบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ประตู	มีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร เป็นแบบบานเปิด หรือ บานเลื่อน ไม่ควรมีธรณีประตู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	กรณีเป็นประตูกระจก ต้องติดเครื่องหมายหรือแถบสีที่สังเกตเห็นได้ชัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	อุปกรณ์ เปิด-ปิด ควรเป็นก้านบิดหรือแกนผลักอยู่สูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า 1 เมตร แต่ไม่เกิน 1.2 เมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ทางลาด	ไม่มีความชันมากเกินไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	พื้นผิววัสดุไม่ลื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. พื้นห้อง และฝาผนัง	พื้นห้องควรปูด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น ไม่ควรขัดจนเป็นมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ใช้สีที่สดใส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ห้องนอน	อยู่ในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และไม่เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มีแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้ตะเกียง เทียนไข หรือสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มีความกว้างเพียงพอต่อการรับความช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	เตียงนอนอยู่ในตำแหน่งเข้าถึงง่าย โดยความสูงของเตียง หากนั่งแล้วสามารถวางเท้าได้ถึงพื้นในระดับตั้งฉากกับพื้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ข้างเตียงมีราวจับเพื่อป้องกันการหกล้ม และสามารถช่วยพยุงตัวเมื่อลุกขึ้นจากเตียง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ข้างหัวเตียงมีโต๊ะสำหรับวางสิ่งของจำเป็นในตำแหน่งที่มีมือเอื้อมถึงได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ห้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	เก้าอี้นั่งต้องมีพนักพิง มีที่วางแขน ความสูงพอเหมาะโดยเมื่อนั่งแล้ว สามารถวางเท้าถึงพื้น หัวเข่าตั้งฉากกับพื้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	การจัดวางสิ่งของในตู้เสื้อผ้า ถ้าของหนักควรอยู่ชั้นล่างสุด ไม่ควรวางสิ่งของอยู่สูงจนต้องปีน และไม่ควรถ่างเกินไปจนต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การจัดสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสม	รายการ	ผลการสำรวจ	
		มี	ไม่มี
	ก้มตัว ไปหยิบ		
8. มุมพักผ่อน	มีบริเวณพื้นที่ที่เพียงพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. การเลือกใช้สีในการ ตกแต่ง	ใช้สีที่สดใส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บ้าน	ใช้สีที่ต่างกันบริเวณทางเดินต่างระดับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถาม	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้มากนักน้อยเพียงใด					
3. ท่านมีกำลัง/เรี่ยวแรงเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด (หลับดีและเต็มอิ่ม)					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองเพียงใด					

คำถาม	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำ กิจวัตรผ่านไปได้นในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อย เพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละ ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่าง ที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ ผ่านมาแค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ หรือบุคคลอื่นแค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินเพียงใด					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อย เพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อย เพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวันมาก น้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อย เพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายสักแค่ไหน					

คำถาม	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้น ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องที่ผมกังวลหรือสนใจได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งใคร					
2. เมื่อฉันต้องการข้อมูลสุขภาพฉันสามารถค้นหาข้อมูล ได้จากหลายแหล่ง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์หรือสอบถามผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย					
3. ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพเสมอ เพื่อฉันจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี					
4. ฉันสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือ ผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ					
5. ฉันสามารถสืบค้น หาแหล่งบริการสุขภาพได้ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ผมหรือคนในครอบครัว ของฉันเป็นอยู่					

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
6. ฉันมั่นใจว่า แหล่งบริการสุขภาพที่ฉันเลือกใช้นั้น มีการให้บริการสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของฉัน					
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
7. ฉันสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้					
8. ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสาร หรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้					
9. ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (facebook, line) ได้					
10. ฉันรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูป (You tube) เพื่อสุขภาพ					
11. ฉันรู้และเข้าใจคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพ					
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ					
12. ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ฉันจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน					
13. ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
14. เมื่อมีข้อมูลสุขภาพใหม่เข้ามา ฉันจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
15. ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ					

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
16. ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งใด เพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้น ก่อนที่จะเชื่อและทำตาม					
การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม					
17. ฉันมักสอบถาม หรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม					
18. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับฉันได้					
19. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพได้ในช่วงที่ฉันมีปัญหาสุขภาพ					
20. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจกับฉันในการดูแลสุขภาพตนเอง					
21. ฉันสามารถแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่					
22. ฉันมีคนรอบข้างมากพอที่จะคอยช่วยเหลือฉันได้ หากฉันไม่สบายหรือเจ็บป่วย					
23. ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือ ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือฉันได้					
24. ฉันมีคนรอบข้างอย่างน้อย 1 คนที่ให้การสนับสนุนกับฉันในการดูแลสุขภาพตนเอง					
25. ฉันมีผู้สนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ อย่างเข้มแข็งที่พร้อมเป็นกำลังใจให้กับฉัน					
26. ฉันสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับ สุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพได้					
27. ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพ ให้บุคคลอื่นยอมรับและ เข้าใจในข้อมูลสุขภาพนั้นได้					
การจัดการสุขภาพตนเอง					
28. ฉันมีข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพถูกต้องและเพียงพอที่จะจัดการสุขภาพตนเอง					

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
29. ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อยามเจ็บป่วยได้					
30. ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองได้					
31. ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง					
32. ฉันใช้เวลากับการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพตนเอง เป็นอย่างมาก					
33. ฉันวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง					
34. ฉันตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพตนเองและจะทำให้ ได้ตามที่ตั้งใจไว้					
35. ฉันหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจตนเอง เพื่อคอย กำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น					
36. ฉันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ฉันอยู่ในสถานที่เหมาะสม ต่อการมีสุขภาพที่ดีได้					
37. ฉันเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ					



ภาคผนวก

ข ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ-นามสกุล** อาจารย์ ดร. อมรรัตน์ ลือนาม (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 60)
Dr. Amornrat Luenam
- ประวัติการศึกษา** วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ศ.ม. (เศรษฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02 - 3126300 ต่อ 1174
email: amornrat.ru@hcu.ac.th
- ชื่อ-นามสกุล** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดวงพร กัตัญญุตานนท์ (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 5)
Assistant Professor Tuangporn Katanyutanon
- ประวัติการศึกษา** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
ส.บ. (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
สศ.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พย.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
วุฒิปัตริวัตผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
วุฒิปัตริการบริหางานบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02 - 3126300 ต่อ 1174
email: tuangpornk@hotmail.com

ประวัติย่อผู้วิจัย (ต่อ)

ชื่อ-นามสกุล	อาจารย์ ดร. นิลาวรรณ งามขำ (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 5) Dr. Nilawan Ngamkham
ประวัติการศึกษา	วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ บธ.ม. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปร.ด.(การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยคริสเตียน
สถานที่ติดต่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ เกียรติ โทรศัพท์ 02 - 3126300 ต่อ 1174 email: nilawan_ngamkham@yahoo.com
ชื่อ-นามสกุล	อาจารย์กมลทิพย์ รัตนสุวรรณชัย (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 5) Kamonthip Rattanasuwannachai
ประวัติการศึกษา	วท.บ.(การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ บธ.ม. (บริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยหอการค้า ศศ.ม(การสื่อสารวิทยาศาสตร์และสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สถานที่ติดต่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ เกียรติ โทรศัพท์ 02 - 3126300 ต่อ 1174 email: kamonthip_r@hotmail.com

ประวัติย่อผู้วิจัย (ต่อ)

- ชื่อ-นามสกุล** ผู้ช่วยศาสตราจารย์อโนทัย พลิตนนท์เกียรติ (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 5)
Assistant Professor Anothai Palitnonkert
- ประวัติการศึกษา** พย.ม. สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พย.บ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
การพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลโรคทรวงอก
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02 - 3126300 ต่อ 1174
email: palitnonkert@hotmail.com
- ชื่อ-นามสกุล** อาจารย์วิภาวรรณ เพ็งพานิช (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 10)
Wipawan pengpanich
- ประวัติการศึกษา** วท.ม. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02 - 3126300 ต่อ 1174
email: wipawon30@gmail.com
- ชื่อ-นามสกุล** อาจารย์ดวงหทัย แสงสว่าง (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 10)
Duanghathai Sangsawang
- ประวัติการศึกษา** บธ.ม. วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02 - 3126300 ต่อ 1174
email : duanghathai.champ@gmail.com

ประวัติย่อผู้วิจัย (ต่อ)

ชื่อ-นามสกุล	อาจารย์ ดร. วาสนา ศีลังาม (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 60) Dr. Wasana Silangam
ประวัติการศึกษา	วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหิดล วท.ม. (สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยมหิดล ปร.ด. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ เกียรติ โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533 email: wasana.si@hcu.ac.th
ชื่อ-นามสกุล	อาจารย์ ดร.พรพิมล เขวงศักดิ์โสภาคย์ (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ10) Dr. Pornpimol Chawengsaksopark
ประวัติการศึกษา	สศ.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปร.ด. (วิทยาการทางสถิติและวิทยาการทางปัญญา) มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ติดต่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ เกียรติ โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533 email: pornpimolcha@hotmail.com
ชื่อ-นามสกุล	อาจารย์อัคราช ภมรพล (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ10) Akkarat Phamonphon
ประวัติการศึกษา	วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยมหิดล วท.ม. (สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ เกียรติ โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533 email: akkarat_ph@hotmail.com

ประวัติย่อผู้วิจัย (ต่อ)

- ชื่อ-นามสกุล** อาจารย์ ดร.ชัญญา เจียมใจ (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ10)
Dr. Chanya Jiemjai
- ประวัติการศึกษา** วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยมหิดล
วท.ม. (อาชีวเวชศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปร.ด (วิศวกรรมทางการแพทย์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533
email: chanya.maij@gmail.com
- ชื่อ-นามสกุล** อาจารย์อารยา คำช่วย (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ10)
Araya Dumchauy
- ประวัติการศึกษา** วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
วศ.ม. (วิศวกรรมความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533
email: august_nanku@hotmail.com
- ชื่อ-นามสกุล** อาจารย์ ดร. นิรัญญาญ์ จันทรา (สัดส่วนผลงานวิจัยร้อยละ 55)
Dr.Nianyakarn Chantra
- ประวัติการศึกษา** วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยมหิดล
วท.ม. (สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยมหิดล
Dr.P.H. มหาวิทยาลัยมหิดล
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ
เกียรติ
โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533
email: niranyakarn@gmail.com

ประวัติย่อผู้วิจัย (ต่อ)

ชื่อ-นามสกุล	อาจารย์ชญพร เจเลื่อน Thanyaporn chethouan
ประวัติการศึกษา	วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ติดต่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533 email: thanyaporn.che@gmail.com
ชื่อ-นามสกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจรูญกุล Saovalug Luksamijarulkul
ประวัติการศึกษา	พย.บ. (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล วุฒิปริญญาบัตรผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สถานที่ติดต่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02- 3126300 ต่อ 1533 email: saovalug.hcu@gmail.com