

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่



ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
พ.ศ. 2567

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

สำนักบริหารและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

พ.ศ. 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่โจ้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

พิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร.เมธิ วงศ์วีระพันธุ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.ปิยะพันธุ์ นันทา)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์มธุรส สว่างบำรุง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ประธานอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

(อาจารย์ ดร.เมธิ วงศ์วีระพันธุ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการรับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชัยยศ สัมฤทธิ์สกุล)

รักษาการแทนรองอธิการบดี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อเรื่อง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อผู้เขียน	นางพิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	อาจารย์ ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ และไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE (Thai 2002) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (t-test, One Way ANOVA) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient) และการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.78) ปัจจัยด้านชีวสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.00 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 68.50 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นแบบสมรส ร้อยละ 68.25 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 84.75 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.75 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 87.75 สิทธิการรักษาจากบัตรสวัสดิการของรัฐ/บัตรทอง ร้อยละ 86.25 ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว 6 - 10 ปี ร้อยละ 28.25 และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 - 3 คน ร้อยละ 65.25 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ภาพรวมแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.59$, S.D. = 0.98), ($\bar{x} = 1.89$, S.D. = 0.88), ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = 0.62) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ คือ ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ($F = 6.19$, $p\text{-value} = 0.002$) อายุ ($F = 5.07$, $p\text{-value} = 0.007$) อาชีพ ($F = 4.07$, $p\text{-value} = 0.001$) และระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว ($F = 3.00$, $p\text{-value} = 0.030$) โดยที่ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 56 (Adjusted R Square = 0.56, $F = 85.38$, $p < 0.01$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ควรมีการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย การจัดแนวทางในการพัฒนาด้านระบบบริการสุขภาพ การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเพิ่มพูนทักษะด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา กิจกรรมสันทนาการ ความรับผิดชอบต่อสังคม และด้านจิตวิทยา เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนเชิงนโยบายโดยองค์การภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพและมีการศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท และสามารถนำความรู้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, เขตชนบท

Title	HEALTH LITERACY OF THE ELDERLY IN RURAL AREA, CHIANG MAI PROVINCE
Author	Mrs. Phimduengjai Chaichana
Degree	Master of Art in Community Health Development
Advisory Committee Chairperson	Dr. Matree Vongverapant

ABSTRACT

The objectives of this study were to investigate health literacy of the elderly in rural areas of Chiang Mai province, and key factors affecting their health literacy. The sample group consisted of 400 elderly individuals, aged 60 years old and above and they resided in rural areas of Chiang Mai province. They were screened for dementia using the Thai version of the MMSE (Thai 2002). A set of questionnaires was used for data collection and analyzed by using descriptive statistics and inferential statistics i.e. t-tests, One-Way ANOVA, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and multiple regression analysis.

Results of the study revealed that, as a whole, the respondents had a moderate level of health literacy ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.78). Key factors affecting their health literacy included biosocial, health service system, social and cultural, and psychological factors. Regarding biosocial factors, most of the respondents were female (57.00%), 60 - 69 years old (68.50%), married (68.25%), elementary school graduates (84.75%), and some hired workers (37.75%). Most of the respondents (87.75%) had an average monthly income of less than 10,000 Baht and they used the government welfare cards/gold cards for the payment of medical treatment (86.25%). The respondents had chronic diseases for 6 - 10 years (28.25%), and they had 1 - 3 household members (65.25%). For health service system, social and cultural, and psychological factors, each was found to have an effect on health literacy of the respondents at a moderate level ($\bar{x} = 1.59$, S.D. = 0.98, $\bar{x} = 1.89$, S.D. = 0.88, $\bar{x} = 2.18$, S.D. = 0.62, respectively). In other words, the biosocial factors

having an effect on health literacy included: monthly income ($F = 6.19$, p -value = 0.002); age ($F = 5.07$, p -value = 0.007); occupation ($F = 4.07$, p -value = 0.001); and chronic disease timespan ($F = 3.00$, p -value = 0.030). In addition, health service system, social and cultural, and psychological factors collectively explained 56.00% of the variance in health literacy of the respondents (Adjusted R Square = 0.56, $F = 85.380$, $p < 0.01$).

Results of the study implied that a model of health literacy enhancement should be developed. Also, the following should be done or encouraged: participation of family, community, public health personnel and network parties; guidelines for developing a health service system; place and environment contributing to health promotion of the elderly; skills in access to health service and medical treatment rights; recreational activities; social responsibility; and psychology. Moreover, it should have a qualitative study and a comparative study on health literacy of the elderly both in rural and urban areas. Results of the study can be an effective guideline for developing and promoting health literacy of the elderly.

Keywords : health literacy, the elderly, rural area

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รวมถึง อาจารย์ ดร.ปิยะพันธุ์ นันตา และรองศาสตราจารย์ มธุรส สว่างบำรุง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้วยความห่วงใยและให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบคุณคณาจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ สำหรับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดำเนินการเกี่ยวกับหลักสูตร ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ

ขอขอบคุณเพื่อน พี่น้อง สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ความปรารถนาดีด้วยดีเสมอมา คุณค่าคุณประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขออุทิศให้บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

พิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฉ
สารบัญตารางผนวก.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ.....	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ.....	25
ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	32
บริบทเกี่ยวกับชนบทและชนบทจังหวัดเชียงใหม่.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55

บทที่ 3 วิธีการวิจัย	56
วิธีดำเนินการวิจัย	56
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	68
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	70
ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่.....	71
ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ .	79
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล ประโยชน์ที่ได้รับ และข้อเสนอแนะ	111
สรุปผล	111
อภิปรายผล.....	115
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	132
ข้อเสนอแนะ.....	132
บรรณานุกรม.....	134
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก ใบยินยอมด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง	141
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	143
ภาคผนวก ค รายงานผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ภาคผนวก ง ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	162
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	174
ภาคผนวก ฉ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	177
ภาคผนวก ช ประวัติผู้วิจัย.....	180
บรรณานุกรม.....	182
ประวัติผู้วิจัย.....	183

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต ชนบทจังหวัดเชียงใหม่ 30
2	รายชื่ออำเภอของพื้นที่ชนบทจังหวัดเชียงใหม่..... 47
3	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามรายอำเภอ..... 58
4	จำนวนของประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามตำบล..... 59
5	สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 70
6	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ 72
7	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ 73
8	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สุขภาพและการป้องกันโรค..... 74
9	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 75
10	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการตัดสินใจ..... 76
11	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการจัดการตนเอง 77
12	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ..... 78
13	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 79
14	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ 83
15	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา..... 83
16	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ..... 84
17	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ..... 84
18	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม 85
19	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยกิจกรรมนันทนาการ 86
20	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการมีส่วนร่วมทางสังคม 86
21	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม 87
22	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านจิตวิทยา..... 88

ตารางที่	หน้า
23 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยความสุข.....	89
24 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยความรับผิดชอบต่อสังคม	90
25 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์	91
26 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง.....	92
27 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามเพศ โดยภาพรวม	93
28 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามอายุ โดยภาพรวม.....	94
29 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามสถานภาพสมรส โดยภาพรวม	95
30 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามการศึกษา โดยภาพรวม.....	96
31 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามอาชีพ โดยภาพรวม.....	97
32 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน โดยภาพรวม	98
33 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามสิทธิการรักษา โดยภาพรวม.....	99
34 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว โดยภาพรวม.....	100
35 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน โดยภาพรวม.....	101
36 สรุปผลการทดสอบแต่ละตัวแปรของด้านชีวสังคม ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่	102
37 ตัวแปรพยากรณ์และความหมาย.....	104
38 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต ชนบท จังหวัดเชียงใหม่.....	105

ตารางที่	หน้า
39 การถอดยพหุคูณของตัวแปรพหุคูณทั้ง 3 ด้าน ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยภาพรวม.....	106
40 ตัวแปรย่อยและความหมาย	107
41 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่	108
42 การถอดยพหุคูณของตัวแปรย่อย ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่.....	109



สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	พื้นที่ชนบทจังหวัดเชียงใหม่และพื้นที่อำเภอที่ใช้ในการศึกษา	46
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55
3	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	60



สารบัญตารางผนวก

ตารางผนวกที่		หน้า
1	รายนามผู้เชี่ยวชาญ	161
2	ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของตัวแปรอิสระ	175
3	ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของตัวแปรตาม	175
4	ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรอิสระ.....	176
5	ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรตาม.....	176



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก การเพิ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงของประชากรเป็นการเปลี่ยนผ่านจากยุคที่มีประชากรอัตราการเกิดมากกว่าอัตราการตาย ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามปีปฏิทินหรือผู้สูงวัยหรือคนแก่หรือคนชรา โดยนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological Age) สำหรับประเทศไทยคำว่า ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้ความหมายว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566: ระบบออนไลน์)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมสูงอายุไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 คือ ระดับการก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ระดับที่ 2 คือ ระดับสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และระดับที่ 3 คือ ระดับสังคมสูงอายุอย่างเต็มที่ (Super Aged Society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป กว่าหนึ่งพันล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมดก็จะกลายเป็นระดับสังคมสูงอายุอย่างเต็มที่ (มนัญญา ภูแก้ว, 2560: 12) ในปัจจุบันประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่เป็นสังคมสูงอายุนี้อยู่ในระดับที่ 2 ส่วนประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศกำลังเข้าสู่ระดับที่ 1 และประเทศที่อยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศเดียวที่กลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว (Aged Society) เนื่องจากมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับที่สองรองจากประเทศสิงคโปร์ เพื่อก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายอย่างรวดเร็ว โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยการก้าวสู่สังคมสูงอายุนี้อยู่ในระดับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2563 กลายเป็นระดับที่ 2 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุนี้อยู่ในระดับที่ 3 เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดของประเทศและในปี พ.ศ. 2574 เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563: 22)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 66,165,261 คน จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รวม 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ โดยแยกเป็นรายภาค พบว่า ภาคเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.5 ภาคกลางมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.20 และภาคใต้มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.6 ตามลำดับ สำหรับสถิติผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนประชากร 1,779,254 มีจำนวนผู้สูงอายุ 336,920 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งจังหวัด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562: 4) และปี พ.ศ. 2563 จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนประชากร 1,784,370 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 349,755 คน คิดเป็นร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งจังหวัด และผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากร 1,728,663 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 365,562 คน คิดเป็นร้อยละ 21.14 ของประชากรทั้งจังหวัด ในเขตเมืองมีจำนวน 32,154 คน ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีจำนวน 333,408 คน ปัจจุบันจังหวัดเชียงใหม่เป็นสังคมผู้สูงอายุระดับที่ 1 (Aging Society) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) เนื่องจากมีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งจังหวัดและจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564: 12)

แม้ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลไทยได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2555) และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมีนโยบายและยุทธศาสตร์มุ่งเน้นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ แต่พบว่าดัชนีชี้วัดยังไม่บรรลุเป้าหมายและทำให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุยังไม่ทันกับจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น วางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เสริมสร้างความตระหนักแก่สังคมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ การปกป้องสิทธิทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นต้น นโยบายดังกล่าวนอกจากจะมีผลตอบสนองต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรแล้ว ยังมีผลตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทยอีกด้วย ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความท้าทายในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563: 17) ปัจจุบันรัฐบาลจัดทำกรอบการปฏิรูปภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) กำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อนการพัฒนาให้ประเทศเจริญก้าวหน้าไปในอนาคต ซึ่งทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญในการยกระดับการพัฒนาประเทศในทุกมิติไปสู่เป้าหมายการเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้นแผนแม่บทประเด็นศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต จึงได้มีการกำหนดแผนย่อยไว้ 5 แผนย่อย เพื่อพัฒนาและยกระดับทรัพยากรมนุษย์ในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เต็มศักยภาพและเหมาะสม โดยแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และฉบับปรับปรุง

ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 มุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมสนับสนุนระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และการพัฒนาเพิ่มพูนศักยภาพ รวมถึงความสามารถของคนในระดับบุคคล สังคมและชุมชน โดยการใช้นโยบายและวิธีการแก้ไข ปัญหาที่ให้ความสำคัญต่อปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสังคม การดำเนินงาน ในเชิงรุกจะส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวมเพื่อให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ลดปริมาณ ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายให้ประชาชน (สรายุทธ นามเมือง, 2554: 156 - 170)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบางเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจาก ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกายมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะของร่างกาย แต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม หรือพฤติกรรมที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อกันผ่านการสัมผัส การอยู่ร่วมกัน หรือสารคัดหลั่งต่างๆ แต่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น (กนกวรรณ อังกะสิทธิ์, 2564: 22) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมาเป็นเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 1.6 อัมพาตอัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 ส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Aging) เช่น ภาวะซึมเศร้า อาการจุกจิกจู้จี้ ขี้บ่น น้อยใจ เป็นต้น ซึ่งก็อาจเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพกายได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสมรรถภาพด้วย เช่น ความจำ การรับรู้และเรียนรู้เริ่มลดถอยลง เป็นต้น (นพวรรณ แกมคำ, 2562: 18) ปัญหาด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการและเสียชีวิตได้ ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน 3๐.2๘. ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ ถูกต้อง การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและเหมาะสม การพักผ่อน การผ่อนคลายอารมณ์ การไม่ สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ประทีน วิญญูรัตน์, 2560: 4)

ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy: HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ (Goal) ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อยู่ใน ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาด้าน

สาธารณสุขด้วย (วิรัช มั่นในบุญธรรม, 2559: 12) และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ ไว้ว่าเป็นขีดความสามารถทางปัญญา การคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกรัดสติใจ ด้วยตนเองและสังคมในระดับปัจเจกชนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จนสามารถถ่วงถ่วง ประเมินและเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง (วัชรพร เษยสุวรรณ, 2560: 41) การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะส่งผลให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้นและเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมทั้งปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพด้วย (WHO, 1996: 41) ถ้าบุคคลได้มีโอกาสใช้ความสามารถของตนอย่างต่อเนื่อง และเรียนรู้ที่จะฝึกฝนพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เมื่อมีการกระทำหรือใช้ความสามารถนั้นบ่อยครั้งขึ้น ก็จะมีการพัฒนาความสามารถนั้น จนเกิดความชำนาญเรียกว่าทักษะ (Skill) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564: 4) การศึกษาในอดีตที่ผ่านมาพบว่า การที่จะสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมภายในตัวบุคคล ดังนั้นจึงทำให้เกิดประเด็นปัญหาและข้อจำกัดในการเพิ่มศักยภาพบุคคลในแต่ละช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นวัยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงในการ ข้อจำกัดในการรับรู้หรือเสี่ยงต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนไปหรืออาจมีความสามารถในการถ่วงถ่วง คิดหรือวิเคราะห์ข้อมูลได้ช้ากว่าบุคคลวัยอื่น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558: 12) โดยการพัฒนาที่สำคัญ คือการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นชุมชนแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities) การให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ควรจะต้องได้รับการดูแลและพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองอย่างใกล้ชิด การที่จะพัฒนาให้มีศักยภาพและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น ควรเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554: 44) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพและเป็นผู้ที่รู้เท่าทันสื่อดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจและสังคม สามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566: ระบบออนไลน์)

เขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ส่วนที่อยู่นอกเขตเมืองหรืออำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งตามเขตการปกครองในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 24 อำเภอได้แก่ อำเภอฝาง อำเภอแม่เฒ่า อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอไชยปราการ อำเภอแม่แตง อำเภอพร้าว อำเภอภักดีชุมพล อำเภอสันทราย อำเภอแม่ริม อำเภอหางดง อำเภอสันกำแพง อำเภอดอยสะเก็ด

อำเภอสารภี อำเภอสะเมิง อำเภอแม่ฮอน อำเภอจอมทอง อำเภอสันป่าตอง อำเภอแม่วาง อำเภอแม่แจ่ม อำเภออมก๋อย อำเภอดอยเต่า อำเภอฮอด และอำเภอดอยหล่อพื้นที่เขตชนบทโดยทั่วไป มีสภาพพื้นที่เป็นภูเขาและป่าละเมาะ มีที่ราบอยู่ตอนกลาง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เพาะปลูก ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง อำเภอที่มีประชากรมากที่สุด ได้แก่ อำเภอฝาง คิดเป็นร้อยละ 6.81 ของประชากรจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอที่มีประชากรน้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอกัลยาณิวัฒนา คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของประชากรจังหวัดเชียงใหม่ (กรมการปกครอง 2566: ระบบออนไลน์) ในเขตชนบทมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งให้บริการสุขภาพโดยโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน เป็นการให้บริการครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและดูแลแบบองค์รวม รวมถึงการส่งเสริมพลังชุมชนในการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านและการสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต้องอาศัยหลักการดูแลปฐมภูมิ (Primary care) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวคิดที่จะพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนอย่างถูกต้องและสนับสนุนให้ประชาชนมีความเข้มแข็งและมีสุขภาพดี การป้องกันการเกิดโรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560: 25) การดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบทจึงจำเป็นต้องทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะมีความสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างเหมาะสมกับบริบทอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี มีคุณภาพในการดำเนินชีวิตและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนหรือท้องถิ่นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกจาก 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพร้าว อำเภอสันกำแพง และอำเภอสันป่าตอง จำนวน 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่แวน ตำบลป่าไผ่ ตำบลห้วยทราย ตำบลแม่ปูกา ตำบลยู่หว้า และตำบลน้ำบ่อหลวง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่อย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จากจำนวนผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ 333,408 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564: ระบบออนไลน์) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และเกิดความคลาดเคลื่อนได้ 5% (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553: 207) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

โดยแนวทางการคัดเลือกตัวแปรต้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านชีวสังคม
2. ด้านระบบบริการสุขภาพ

3. ด้านสังคมและวัฒนธรรม

4. ด้านจิตวิทยา

โดยแนวทางการคัดเลือกตัวแปรตาม ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Literacy) โดยผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554: 20) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
2. ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ
4. ทักษะการตัดสินใจ
5. ทักษะการจัดการตนเอง
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะก่อให้เกิดการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง การเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูล และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากจากหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการนำเสนอ รับฟัง พูดคุยกับบุคคลอื่น สามารถอ่านเอกสารแนะนำความรู้ด้านสุขภาพ สามารถแนะนำบอกต่อข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องได้ ตลอดจนสามารถชักชวนผู้อื่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น 4) ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการคิดเพื่อตัดสินใจเลือกเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง การตัดสินใจจัดการในความเครียด การแก้ไขปัญหาสุขภาพเบื้องต้นที่ถูกต้อง การจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ 5) ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง การวางแผนและการประเมินตนเอง การปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ การที่สามารถทำตามแผนดูแลสุขภาพ และความสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น

และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจสอบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจประเมินคุณค่าของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ความสามารถตรวจสอบ เปรียบเทียบเนื้อหา และสามารถนำความรู้ที่ถูกต้องมาปฏิบัติต่อตนเองได้ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พัฒนาจากแบบสอบถามของ กนกวรรณ อังกะสิทธิ์ (2564: 29)

ด้านชีวิตสังคม หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ การมีส่วนร่วมทางสังคมและการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านจิตวิทยา หมายถึง ความสุข ความรับผิดชอบต่อสังคม การแสดงออกทางอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ ของตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย เพศหญิง ที่มีสัญชาติไทยในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

เขตชนบท หมายถึง พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่นอกเขตเมืองเป็นเขตแดนที่พ้นจากเมืองหลวงออกไป มีประชากรที่เลี้ยงชีพด้วยการเกษตรกรรมเป็นสำคัญ มีระเบียบสังคมที่สอดคล้องกับลักษณะชุมชนแบบหมู่บ้าน ตั้งบ้านเรือนเป็นกลุ่มก้อน หรือกระจัดกระจายตามลักษณะภูมิประเทศหรือตามประเพณีนิยมมีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่าในเขตเมือง

เขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ส่วนที่อยู่นอกเขตเมืองหรืออำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวน 24 อำเภอ ได้แก่ อำเภอฝาง อำเภอแม่สาย อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอไชยปราการ อำเภอแม่แตง อำเภอพร้าว อำเภอกัลยาณิวัฒนา อำเภอสันทราย อำเภอแมริม อำเภอหางดง อำเภอสันกำแพง อำเภอดอยสะเก็ด อำเภอสารภี อำเภอสะเมิง อำเภอแม่ออน อำเภอจอมทอง อำเภอสันป่าตอง อำเภอแม่วาง อำเภอแม่แจ่ม อำเภออมก๋อย อำเภอดอยเต่า อำเภอฮอด และอำเภอดอยหล่อ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัย ได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 4.1 ด้านชีวสังคม
 - 4.2 ด้านระบบบริการสุขภาพ
 - 4.3 ด้านสังคมและวัฒนธรรม
 - 4.4 ด้านจิตวิทยา
5. บริบทเกี่ยวกับชนบทและชนบทจังหวัดเชียงใหม่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายเป็นวัยที่อยู่ในช่วงวงจรสุดท้ายของชีวิต อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเป็นการเสื่อมถอยตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยพิจารณาจาก

1. เกณฑ์อายุตามปีปฏิทิน เช่น บุคคลที่มีอายุ 60, 65 หรือ 70 ปีขึ้นไป
2. ดูจากลักษณะภายนอก เช่น หน้าตาที่ดูมีอายุ หรือ แก่ผิวน้ำหนักที่เหี่ยวยุบ ผมหงอกสีขาว
3. การมีสุขภาพและความจำไม่ดี
4. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด
5. ความสามารถในการทำงานลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้แล้ว
6. พฤติกรรมและอารมณ์ เช่น จุกจิก ขี้บ่น ย้ำคิด ย้ำทำ
7. เป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ตามปีปฏิทินซึ่ง “ผู้สูงอายุ” หรือบางคนเรียกว่า “ผู้สูงวัย” เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological Age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่หรือคนชราโดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายของคำว่า “คนแก่” คือ มีอายุมากหรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า “ชรา” คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า “ราษฎรอาวุโส” (Senior Citizen) สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ผู้สูงอายุย่อมมีความเสื่อมโทรมทั้งร่างกาย และจิตใจ ปฏิบัติหน้าที่ดั้งเดิมได้ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถหารายได้ ผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดีช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้ได้อย่างปกติต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือดูแล เมื่อจะเดินทางก็ต้องให้บุตรหลานไปรับไปส่ง บทบาท เปลี่ยนจาก “ผู้รับผิดชอบ” เป็น “ผู้พึ่งพิง” สำหรับความหมายในทางวิชาการนั้นได้มีการให้ความหมายไว้หลากหลายดังนี้

องค์การสหประชาชาติซึ่งได้จัดสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี คนชรามาก (Very Old) มีอายุระหว่าง 90 ปี ขึ้นไป

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

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

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

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือ ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

ส่วนคำว่า “สังคมสูงอายุ” องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่ สังคมสูงอายุ (Ageing Society หรือ Aging Society) ระดับสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และสังคมสูงอายุนระดับสุดยอด (Super Aged Society) โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้ง ประเทศไทยและรวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคม สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563: 17) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากร

ทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ สังคมสูงอายุ โดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของประเทศ ส่วนสังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตามทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญมั่งคั่งซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566: ระบบออนไลน์)

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุถือเป็นวัยที่ได้ผ่านการใช้ชีวิต การสั่งสมประสบการณ์ เป็นเวลานานกว่า 60 ปี ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ตามพัฒนาการของช่วงวัยสูงอายุ โดยส่วนมากจะเกิดความเสื่อมขึ้นเนื่องจากการใช้งานมาอย่างยาวนาน ทั้งนี้แล้วแต่ตัวบุคคลว่าจะมีสภาพร่างกาย จิตใจ อย่างไร โดยการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ และทางสังคม มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561: 35 - 41)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ร่างกาย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายแต่ละคน จะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่างๆ ดังนี้

ระบบผิวหนัง โดยจะเริ่มจากการที่ผิวหนังมีความยืดหยุ่นลดลง ยืดหยุ่นได้ไม่ดีเนื่องจาก ไขมันใต้ผิวหนังลดจำนวนลง ทำให้เกิดรอยย่น ต่อมาเหื่อเสียน้ำที่ไม่สามารถกำจัดของเสียออกทางผิวหนังได้ดี ททำให้เกิดอาการเกิดลมแดดได้ง่าย มีความสามารถในการทนต่อความหนาวเย็น หรือความร้อนได้น้อยลง เกิดผิวหนังแห้งและแตกง่ายขึ้น เซลล์เม็ดสีทำงานลดลง มีรังควัตถุสะสม ในผิวหนังบางพื้นที่ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาล การรับรู้อุณหภูมิและการรับรู้ถึงความสิ้นสະเทือนลดลง การรับความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ มีเส้นใยลดลง ทำให้ความสามารถและกำลัง ในการหดตัวลดลง ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ช้าลง ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักรวมลดลง เนื่องจากการสลายของแคลเซียมในกระดูก ส่งผลให้กระดูกบางและเปราะมากขึ้น ความยาวของ กระดูกสันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง มีอาการหลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลง น้ำไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุจะมีขนาดของสมองลดลง เนื่องจากจำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลงประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลงส่งผลให้ การเคลื่อนไหว ความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นลดน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนจะมวงจرتที่สั้นลง เวลาตื่นเร็ว ง่ายและมากขึ้น

ระบบการไหลเวียนโลหิต ขนาดของหัวใจของผู้สูงอายุอาจจะมีขนาดที่โตขึ้น เนื่องจากผนังของหัวใจจะหนาขึ้นจากการบีบตัวมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวใจห้องล่างซ้าย ลิ้นหัวใจมีความแข็งตัวและหนาขึ้นเนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะ ส่งผลให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพของหัวใจทำงานลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) ลดลง ระบบการนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจไม่ดี ส่งผลต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อมและผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง มีแคลเซียมและไขมันมาเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหนาตัวขึ้นและแข็งตัว นำสู่การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ หลอดเลือดฝอยมีความเปราะและแตกได้ ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ลดลง จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจเกิดโรคแพ้ภูมิตนเองมากขึ้น

ระบบทางเดินหายใจ เนื้อปอดมีความยืดหยุ่นลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง ผนังทรวงอกมีความแข็งมากขึ้นทำให้การขยายและหดตัวได้น้อยลง อาจทำให้เกิดการหายใจลำบากมากขึ้น จำนวนถุงลมลดลงแต่ขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง ฝาปิดกล่องเสียงมีความไวลดลง ปฏิบัติการตอบสนองได้ช้าลงทำให้เกิดการสำลักและไอได้ง่ายขึ้น

ระบบทางเดินอาหาร ช่องปากและหลอดอาหาร ฟันมีสารเคลือบฟันบางลง ฟันคลอนและหลุดร่วงง่าย ทำให้มีปัญหาในการรับประทานอาหาร ต่อม้ำลายผลิตน้ำลายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปากและลิ้นแห้ง และสารเมือกที่ช่วยเคลือบให้อาหารเป็นก้อนน้อยลง มีผลทำให้เกิดปัญหาการกลืนลำบาก การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลงและหลอดอาหารกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานลดลง ทำให้ อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณ หน้าอกและเกิดอาการสำลักได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลงเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย การไหลเวียนโลหิตในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อมลง ทำให้การดูดซึมสารอาหารลดลง อาจเกิดอาการ

ขาดสารอาหารได้ กล้ามเนื้อหดรูดทวารหนักเสื่อม อาจส่งผลต่อการกลืนอุจจาระไม่ได้ ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำลายพิษของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลงแต่ระดับโคเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง การผลิตเอนไซม์ลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ยังมีเพียงพอแก่ความต้องการ

ระบบทางเดินปัสสาวะ น้ำหนักของไตลดลง เนื่องจากขนาดไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัวขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดในไตและอัตราการกรองของหน่วยไตลดลง ทำให้เกิดของเสียคั่งในเลือด ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อย และหลังจากการขับถ่ายปัสสาวะก็จะมีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย ระบบสืบพันธุ์ ในผู้ชายพบว่าลูกอัณฑะเหี่ยวและมีขนาดเล็กลงผลิตเชื้ออสุจิน้อยลง ขนาดและรูปร่างกายของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลงความสามารถในการผสมกับไข่ลดลงความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลงช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลงทำให้เกิดอาการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลืนปัสสาวะไม่ได้

การมองเห็น ความสามารถในการมองเห็นลดลง รูม่านตาเล็กลงปฏิกิริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนึ่งตาตกแก้วตา เริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจก รอบๆ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทา ลานสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดีต้องอาศัยแสงช่วย จึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

การได้ยิน ความสามารถในการได้ยินลดลงหรือมีภาวะหูตึง ต่อมสร้างซีหูมีจำนวนลดลง การผลิตซีหูลดลง ซีหูแห้งและแข็งมากขึ้น หากมีการสะสมของซีหูจำนวนมาก จะทำให้ไม่ได้ยิน หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดการแข็งตัว เลือดไปเลี้ยงหูชั้นในน้อยลง เนื่องจากศูนย์ควบคุมการทรงตัวที่หูเสื่อมลง มีความสามารถในการทรงตัวลดลง และมักมีอาการเวียนศีรษะ ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย และการรับรู้ความรู้สึกการรับรู้สัมผัสต่างๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมลง ทำให้เงอะงะ มีปฏิกิริยาตอบสนองช้ากว่าเดิม

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เริ่มต้นจากการเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัวก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับ จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาหรือผู้คอยดูแลบ้านหรืออาจเป็นผู้อาศัยไปการเสื่อมความเคารพและการถูกทอดทิ้ง

จะเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตมาก มีความวิตกกังวล บางรายอาจแยกตัวเองเป็นบุคคลไร้ความสามารถ สูญเสียความรู้สึกมีค่า ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งในตัวเองและจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน โดยเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม รวมถึงการใช้ชีวิตในช่วงก่อนถึงวัยสูงอายุ ทั้งนี้รวมถึงประสิทธิภาพการดูแลตนเองในอดีตอีกด้วย

ทฤษฎีการสูงอายุ

ได้มีการรวบรวมหลักการเพื่อใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม ได้แก่ (Phipps, 1999: 129 - 162)

1. **ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)** โดยในทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ประกอบด้วย

1.1.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) หรือทฤษฎีเซลล์ โดยมีการอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตล้วนแล้วแต่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลา

1.1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายว่ามนุษย์ถูกกำหนดอายุขัยมาไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) โดยมีการอธิบายเพิ่มเติมว่าถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็มีอายุยืนยาวตามไปด้วยทฤษฎีนี้เชื่อว่านาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียสและโปรโตพลาสซึมของเซลล์ในร่างกาย

1.1.3 ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเล็กทีละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่างๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรภัยไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็ง

1.1.4 ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความชราเกิดจากนิวเคลียสของเซลล์ที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (DNA) ที่ผิดปกติไปจากเดิมทำให้เซลล์ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิมและกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมและร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันมาต่อต้านเป็นผลให้เซลล์เสื่อมสลายและทำหน้าที่ไม่ได้ดังเดิม

1.2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) ประกอบด้วย

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) โดยกล่าวว่าความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คืออวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงาน จะเสื่อมสภาพไปก่อน ในขณะที่อวัยวะส่วนอื่นๆ ที่ทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น (Phipps, 1999: 129 - 162)

1.2.2 ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เมื่อเข้าสู่วัยชราการทำงานของระบบประสาทจะลดลง การตอบสนองต่างๆ จะเชื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง เช่น อินซูลิน (Insulin) จะผลิตน้อยลงเกิดเป็นเบาหวานขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

1.2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกัน ตามปกติจะลดลงเพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกัน เช่น ในกระดูกต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลือง ตับ และม้าม เสื่อมสภาพจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วย (Phipps, 1999: 129 - 162)

1.3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) ประกอบด้วย

1.3.1 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตาย บุคคลเมื่อเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น เมื่อคนอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะตอบสนอง โดยไฮโปทาลามัส และพิทูอิทารี ถูกกระตุ้นให้หลั่ง Adreno Corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephrine ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ช่วยให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ในภาวะเครียดได้ แต่ถ้าร่างกายต้องเผชิญกับภาวะนี้มากๆ อาจเสื่อมและทำงานผิดปกติได้ (Phipps, 1999: 129 - 162)

1.3.2 ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นของเสียจะถูกสะสม ทำให้เซลล์เสื่อมและตายเพิ่มขึ้น สารที่พบ ได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารไม่ละลายน้ำเป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotein (Phipps, 1999: 129 - 162)

1.3.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึง กระบวนการออกซิเดชันของออกซิเจนที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free Radical Substance) ซึ่งสามารถทำลายผนังเซลล์ โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่นที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ ของเซลล์เปลี่ยนไปอนุมูลอิสระเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก (Phipps, 1999: 129 - 162)

1.3.4 ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ (Cross Link Theory on Cross Link of Collagen T.) เชื่อว่าเมื่อชรา สาร Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้น และจับตัวกันมากขึ้นทำให้ Collagen Fiber หดตัวขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบมีผลให้เซลล์ตายและเสียหายที่กระบวนการนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของเซลล์ โดยสาร Cross Link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อม (Phipps, 1999: 129 - 162)

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของวัยารับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ (Phipps, 1999: 129 - 162)

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนามาด้วยความมั่นคงอบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมมือกับใครได้ (Phipps, 1999: 129 - 162)

2.2 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) (Erikson, 1997: 148) อธิบายถึงการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุพัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุ กล่าวคือ เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อีริกสันอธิบายว่าเมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนา ความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำการต่างๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้วยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ สมหวังและผิดหวัง ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นและมีความพอใจ ในชีวิตของตน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลังอาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ (ปล่อยวาง ไม่สำเร็จ) ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกทีไม่สามารถทำอะไรใหม่ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไป กลัวความตายที่กำลังใกล้เข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งความพอติระหว่างความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง ทำให้คนเกิดความเฉื่อยฉลาดรู้เท่าทันโลกและชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งพึงปรารถนา

2.3 ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 56-75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคม (Eliopoulos, 1995: 16)

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง แนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไปและพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมีแนวคิดที่น่าสนใจ ได้แก่

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในทางบวก ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพ และบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ควรมีต่อสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิตและเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ (จำนง อติวัฒน์สิทธิ์, 2560: 111)

3.1.1 กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activity) เช่น การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัวและการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ เป็นต้น

3.1.2 กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activity) เช่น เข้าร่วมในสมาคมต่างๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เป็นต้น

3.1.3 กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary Activity) เช่น การทำงานในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจส่วนตัว และกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น

3.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยง เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พึงพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพ และบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้าง ในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อยๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) กล่าวว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา และมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาร่วมอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่การทำกิจกรรมในยามว่างมักมีปัญหาว่าจะเลือกกิจกรรมอะไรดีจะเป็นการสะดวก ถ้าจะพิจารณากิจกรรมในยามว่างออกเป็น 3 ประเภท คือ นันทนาการ การเรียนรู้และการบริการผู้อื่น

3.3.1 กิจกรรมนันทนาการ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ทุกช่วงอายุ ทำให้ร่างกายสดชื่น ทำหาย กระตุ้นเตือนเปลี่ยนแนวคิดและได้สัมผัสกับคนอื่น รวมทั้งทำให้จิตใจของเราตื่นตัวอยู่เสมอ และมีชีวิตชีวา ผู้สูงอายุควรทำในสิ่งที่ตนเองชอบและตนเองมีทักษะหรือความถนัดเป็นพิเศษ ทักษะในงานวิชาชีพ อาจนำมาใช้ในกิจกรรมนันทนาการได้ ควรเลือกหลายๆ กิจกรรมและต้องมีเวลาพอ ด้วยงานอดิเรก เช่น วาดรูป ทำอาหาร การจัดสวน งานช่างไม้ ทอผ้า ทำหุ่น เกม เช่น หมากรุก ปริศนาอักษรไขว้ กีฬา เช่น เดิน ว่ายน้ำ ซี่จักรยาน กอล์ฟ เทนนิส ดนตรี เช่น เล่นดนตรี แต่งเพลง การขับร้องเพลง การเข้าชมรมต่างๆ เช่น ชมรมกีฬา ศาสนา การเมือง ชมรมผู้สูงอายุ การท่องเที่ยว เช่น การเขียนหนังสือคู่มือท่องเที่ยว มัคคุเทศก์บรรยายในการท่องเที่ยว กิจกรรมดำนันทนาการใน ส่วนของบทบาทผู้สูงอายุนั้น มีได้หลายรูปแบบทั้งเป็นผู้กระทำเอง ทั้งเป็นงานอดิเรกและงานอาชีพ เป็นผู้ให้การปรึกษาแนะนำหรือเป็นผู้สอนหรือเป็นผู้บรรยายพิเศษได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน ครอบครัวและสังคม

3.3.2 กิจกรรมการเรียนรู้ เมื่อผู้อยู่ในวัยสูงอายุ การเรียนรู้ยังมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความอยากรู้ อยากรูเห็นความพึงพอใจ หรือเพื่อการดำเนินกิจกรรมบางอย่างให้ได้รับความสำเร็จในด้านสุขภาพจิต การเรียนรู้จะเป็นการกระตุ้นจิตใจและเป็นการแลกเปลี่ยนความสนใจ กับผู้อื่น เช่น การเรียนในระบบการศึกษาผู้ใหญ่หรือการศึกษานอกระบบ การเรียนในมหาวิทยาลัย เปิดและการอบรมระยะสั้นๆ

3.3.3 กิจกรรมบริการผู้อื่น เนื้อแท้ของชีวิตอย่างหนึ่ง คือ การเสียสละ และทำสิ่ง ที่เป็นประโยชน์ให้แก่สังคม นอกเหนือไปจากทำให้แก่ตนเอง ครอบครัว โดยผ่านงานอาสาสมัคร ผู้สูงอายุ อาจลองงานอาสาสมัครหลายๆ อย่าง แล้วพิจารณาด้วยตนเองว่ากิจกรรมแบบไหน ที่เหมาะสมกับตนเองที่สุด บริการอาสาสมัครมีหลายแนวทาง เช่น บริการทาง สุขภาพอนามัย หลายโรงพยาบาลมีองค์กรตั้งขึ้น เพื่อช่วยเหลือกิจการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการอนามัย เช่น หาทุนเยี่ยมผู้ป่วยและช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรบางประการ สังคมสงเคราะห์ หน่วยงานสังคม สงเคราะห์ ซึ่งออกช่วยเหลือสังคมหรือประชาชนที่ทุกข์ร้อนด้วยเหตุต่างๆ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้ องค์กรการกุศลหรือองค์กรทางศาสนา องค์กรเหล่านี้ต้องการอาสาสมัครทำงานหลายด้าน เช่น งานหาทุน งานประสานงาน คนติดต่อ งานบริการที่ไม่ต้องอาศัยวิชาการขั้นสูง ชมรมและสมาคม ผู้สูงอายุอาจเข้าร่วมชมรมหรือสมาคมได้ในหลายฐานะ เช่น เป็นผู้จัดการหรือประธาน ผู้สอน ผู้บริการหรือสมาชิกในบรรดาสมาคม ชมรมหรือองค์กรต่างๆ ที่ดีที่สุด คือ สมาคมหรือองค์กร ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับคนหนุ่มสาว ทำให้ช่องว่างระหว่าง วัยหายไป กลุ่มการเมือง เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่สนใจในทางการเมือง กลุ่มเฉพาะทาง เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้บริโภครวม กลุ่มสิทธิมนุษยชน บทบาทตามวิชาชีพ เช่น เคยเป็นตำรวจ

อาจเป็นหน่วยรักษาความปลอดภัยของหมู่บ้าน เคยเป็นครูอาจสอนหรือบรรยายพิเศษและเคยเป็นช่าง อาจเปิดอบรมความรู้ด้านแก้ไขเครื่องยนต์ ประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมบริการผู้อื่น

- 1) การได้เสียสละ เช่น ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นเป็นการแสดงว่าผู้อื่นยังต้องการท่านอาศัยท่าน
- 2) การช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหาของเขาจะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยลงโดยอัตโนมัติ
- 3) ติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมีสภาพเลวร้ายกว่าท่านในบางเรื่อง เช่น สุขภาพอนามัยจะช่วยให้ท่านพึงพอใจในตนเอง
- 4) การเสียสละต่อสังคมจะทำให้ภาพพจน์ของตนเองน่าพึงพอใจ
- 5) การเสียสละหรือบริการผู้อื่นจะทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นและพลอยทำให้สุขภาพกายดี

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลายด้านทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในรูปของลักษณะและหน้าที่ ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้วยการนำเอาองค์ความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ มากยิ่งขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2566: 14 - 20) มีภารกิจหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประชากรตามกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม โดยมีกลวิธีของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่

1. พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสามารถดูแลตนเอง
3. พัฒนาบุคลากรทุกระดับในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. พัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพื่อการเสริมสุขภาพ
5. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในด้านการส่งเสริมการป้องกัน การเฝ้าระวังสุขภาพและการประเมินผล
6. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
7. สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม
8. สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ โดยประสานงานกันเป็นเครือข่าย เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
9. พัฒนาระบบสารสนเทศการบริหารจัดการให้เอื้อต่องานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย

การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมากและเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี ลูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยทั่วไป ผู้สูงอายุก็น่ามีความยินดีและเต็มใจให้ข้อคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าอยู่แล้ว ในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุยังให้ชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร ซึ่งจะให้ประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันด้วย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัวอันประกอบด้วยลูกหลานควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564: ระบบออนไลน์)

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษา อบรมเลี้ยงดูลูกหลาน
2. ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก เช่น เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและตักข้าวให้
3. ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟังและรับฟังอย่างตั้งใจจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ยังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่
4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่างๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่างๆ ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ให้ และจัดการรับส่งหรือเป็นเพื่อน
5. เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหารการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดที่เหมาะสมกับวัย

6. ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่หรือต้องการไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจและพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุขและต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลานก็ให้อยู่บ้านเดียวกันเพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น

7. ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิทและเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียนหรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตร มาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

8. ให้ความสำคัญเห็นคุณค่าและเคารพยกย่องนับถือด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อแนะนำจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น

9. ให้อภัยในความหลงลืมและความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำและยิ่งกว่านั้นควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

10. ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยหรือพาไปตรวจสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนักเรื้อรัง

การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเตรียมตัวที่ดีและพร้อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ฉะนั้นผู้สูงอายุควรรู้จักปฏิบัติตัวเพื่อการมีชีวิตที่เป็นสุขเช่นกันดังนี้ คือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564: ระบบออนไลน์)

1. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ สุนัข หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น

2. ให้ความสนใจในลูกหลานปฏิบัติตนให้ลูกหลานมีความศรัทธา เชื่อมั่น และเป็นที่พึ่งเมื่อยามเดือดร้อนหรือทุกข์ใจได้

3. ให้ความสนใจต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยอ่านจากหนังสือ ฟังข่าวจากวิทยุ จากโทรทัศน์ จะได้มีความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคม อีกทั้งยังเป็นการบริหารความคิดและสมองไม่ให้เสื่อมถอยลง

4. ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในส่วนที่พอจะทำได้ เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็ก ช่วยดูแลบ้านเมื่อลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน

5. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ รู้จักออกกำลังกายตามความเหมาะสมที่ร่างกายจะทำได้ ไม่ทำตัวให้เป็นที่กังวลของลูกหลานหรือผู้อยู่ร่วมกัน การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีชีวิตเป็นสุขต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ

และเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม

การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2564: ระบบออนไลน์) ได้มีการนำเสนอการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนจะเป็นรูปธรรมได้นั้น ทุกคนในชุมชนจะต้องได้รับการปลูกฝังให้มีพื้นฐานจิตสำนึกความคิดและการปฏิบัติของทุกคนในชุมชนต้องตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะลูกหลานเสมอเหมือนปูชนียบุคคลที่เปี่ยมด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ล้มเหลวและดั่งงาม ซึ่งเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของลูกหลาน ชุมชนในปัจจุบันโดยลูกหลาน และผู้อาศัยในชุมชน ต้องแสดงความเคารพยกย่องให้เกียรติเป็นแบบอย่างที่ดีงามในการให้คำปรึกษา แนะนำการดำเนินชีวิต การงานอาชีพ ครอบครัว การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และบทบาทหน้าที่ของภาครัฐและเอกชน เพื่อเป็นรากฐานชีวิตในชุมชนที่จะเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อการช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างปกติและมีความสุขอย่างต่อเนื่องตลอดไป เช่น สมัยปัจจุบันโดยนับถือผู้สูงอายุจัดตั้งรมโพธิ์ร่มไทร สร้างสายใยในครอบครัว สืบสานวัฒนธรรมที่ดีงามของชุมชน

1. ร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน โดยความร่วมมือของประชาชนในชุมชน โดยชมรมเป็นแกนนำร่วมสร้างสวนสุขภาพ ประกอบด้วย สนามออกกำลังกาย สนามเด็กเล่น ลานกิจกรรม และร่วมปลูกต้นไม้ดอกไม้ให้ร่มรื่น สวยงาม เป็นรากฐานการปลูกฝังการดูแลสุขภาพ รักธรรมชาติ รักลูกหลานเป็นการสร้างสายใยสัมพันธ์ร่วมกันทุกกลุ่มอายุให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน

2. การประสานงานร่วมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อการส่งเสริมงบประมาณดำเนินกิจกรรมรณรงค์ การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี โดยจัดสัปดาห์ตรวจสุขภาพประจำปี จัดนิทรรศการเรื่องที่ชุมชนสนใจ การทัศนศึกษาในและนอกสถานที่ของจังหวัด จัดฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรมทุกวันพระ และวันสำคัญทางศาสนา

3. ชุมชนจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านในชุมชนนั้นให้มีการสืบทอดการปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อถ่ายทอดถึงลูกหลานและเป็นวัฒนธรรมในชุมชนตลอดไป เช่น กลุ่มจัดทำสิ่งของเครื่องใช้ อาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เพื่อจำหน่ายในร้านค้าของชุมชน และกลุ่มการนวดแผนไทยให้แพร่หลายตลอดไป

4. ชุมชนประกาศเกียรติคุณลูกหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุดีเด่นในชุมชนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีงามให้ลูกหลานมีจิตสำนึกในความรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสืบไป

5. ชุมชนสร้างเสริมสื่อการดูแลรักษาสุขภาพและส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่ตลอดไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6. ชุมชนให้ความสำคัญและจัดเตรียมความพร้อมบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55 - 60 ปี) เพื่อการยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ได้อย่างมีความสุข โดยการดำเนินโครงการฝึกทักษะชีวิต แบบมีส่วนร่วมในการปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสม

7. ชุมชนจัดตั้งศูนย์ดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเตาะแตะ (เด็กอายุ 0 - 3 ปี) โดยผู้อยู่ในวัยก่อนสูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและสมัครใจ เพื่อการแสดงถึงคุณค่าและมีการอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพของทรัพยากรบุคคลในชุมชน อย่างเป็นรูปแบบสมัยก่อนที่งดงามวิธีหนึ่ง

นอกจากนี้ทางสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2558: 48) ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

1. พัฒนาความสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและตัดสินใจว่าข้อมูลใดมีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะวิเคราะห์และตัดสินใจว่าข้อมูลสุขภาพใดที่มีความน่าเชื่อถือ ขณะเดียวกัน ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีแนวโน้มจะไม่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการ ดังนั้นการพัฒนาความสามารถให้ตัดสินใจต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลแล้วยังต้องพัฒนาให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือด้วย

2. การติดตามต่อเนื่องหลังจากได้รับบริการ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้ยาหรือการดูแลสุขภาพหลังจากพบผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีการติดตามว่าผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือไม่ ได้ในระดับใด อะไรคืออุปสรรค

3. การสร้างบุคคลต้นแบบการสร้างแบบอย่างหรือบุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์และมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ดีที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนจะช่วยให้กระตุ้นและสร้างความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลเป็นบุคคลตัวอย่างที่สนับสนุนให้คนอื่นได้ลองทำตาม ช่วยตอบข้อสงสัยต่อแนวทางการปฏิบัติที่ดี ตลอดจนการลดและกำจัดอุปสรรค ช่วยสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4. ลดการพึ่งพิงแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากมีทัศนคติว่าเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้นเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนเป็นหนึ่งในหลายกิจกรรมที่ควรดำเนินการ

5. ผู้ให้บริการต้องเข้าใจบริบทของคนในชุมชนที่มบุคลากรสุขภาพ มีความต้องการเรียนรู้พัฒนาทักษะการสร้างความเข้าใจชุมชน สิ่งแวดล้อม และคนไข้ ซึ่งหลายรายเผชิญกับปัญหาความซับซ้อนจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่สามารถให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมได้อย่างตรงไปตรงมา

6. การดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและรวมกัน หากสามารถรวบรวมเอาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่างๆ เข้ามาดำเนินการอย่างบูรณาการจะทำให้เกิดพลังการทำงานสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงทั้งนี้ยังได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มดังนี้

6.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหามากในการค้นหา การเข้าถึง การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพและการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง กลุ่มนี้ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายแรกของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

6.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีประเด็นหรือปัญหาด้านอื่นๆ ร่วมด้วยทีมให้บริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เปลี่ยนทัศนคติด้วยการเคารพ รับฟังปัญหา และเข้าใจบริบทสิ่งแวดล้อม มากกว่าที่จะให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพก่อน

6.3 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลจากคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ดังนั้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจะมุ่งไปที่การพัฒนาตัวผู้ดูแลหรือคนในครอบครัว

จากการทบทวนแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น มีการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ในทุกทักษะ มีการยกระดับของการพัฒนาบุคลากรทุกระดับไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) รวมถึงกลุ่มจิตอาสา ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการใช้เทคโนโลยีนำมาดูแลประชากรผู้สูงอายุด้านการให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ โดยการประสานงานกันเป็นเครือข่ายเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จากองค์ความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ให้ดียิ่งขึ้นจากเดิมได้

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก มีการใช้เทคโนโลยีและการแข่งขันสูงทำให้การดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไป การทำกิจวัตรประจำวันมีความเร่งรีบและอาศัยสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ลดลง แต่พฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น เช่น การมีกิจกรรมทางกาย การเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวันลดลง รวมถึงการเลือกรับประทานอาหารในปริมาณเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายซึ่งนำไปสู่การเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุมีปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่วนความสามารถของตนเองในการที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561: 11) ดังนั้นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีความเจ็บป่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิตประจำวัน และสามารถเลือกนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใดไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นลงได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายและกรอบแนวคิดของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไว้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นที่มาจาก 2 คำรวมกัน นั่นคือ คำว่า Health หมายถึง สุขภาพ และคำว่า Literacy คือ การรอบรู้ การมีความรู้หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความสามารถในการอ่าน เขียน พูด ภาษา หลักการคำนวณและคิดแก้ปัญหาการทำงานหรือการดำรงชีวิตในสังคมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเองและพัฒนาตนเอง โดยเมื่อนำทั้งสองคำมารวมกันจะได้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีความเข้าใจ ความรอบรู้ ฉลาดรู้ทางสุขภาพ แนวคิดและมุมมองเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ริเริ่มมาจากการที่หน่วยงานทางสุขภาพได้ทำการวิเคราะห์และได้กำหนดให้มีความสำคัญโดยจะเห็นได้จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่มีการระบุไว้ถึงสุขภาพว่า เป็นภาวะที่มนุษย์ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และทางด้านสังคม โดยทั้งหมดทุกมิติจะต้องเชื่อมโยงกันอย่างสมดุล การใช้คำเรียก Health Literacy ในประเทศไทยปัจจุบันยังไม่มีกรอบคำนิยามที่ชัดเจนอย่างเป็นทางการ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แปลความหมายและกำหนดคำเรียกไว้หลากหลายดังนี้ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2554: 18)

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งแปลไว้จากนิยามขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1998

2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยแผนงานสื่อสารสุขภาพของเยาวชนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

3. ความฉลาดทางสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่องความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2553

4. ความฉลาดทางสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยโครงการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มนักเรียนของมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2553

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 พัฒนาการเกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในนิยามขอบเขตซึ่งมีลักษณะกว้างและเฉพาะเรื่องทำให้เกิดความหลากหลายของการประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดหรือวัตถุประสงค์ของผู้ปฏิบัติงานและลักษณะเฉพาะประเด็นปัญหาสุขภาพที่นำไปใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการวิจัยผู้วิจัยได้เลือกใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นล่าสุดและใช้ในปัจจุบัน ดังนั้นจากคำนิยามของคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่า การที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยการสร้างสมดุลในทุกมิติ การทำให้บุคคลตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันของกาย อารมณ์และจิตใจ อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม เพื่อเป็นพื้นฐานทักษะในการดำรงชีวิต ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถเชื่อมโยงทั้ง 4 มิติของสุขภาพได้ โดยมีการให้คำจำกัดความ การแปลความหมายแนวคิดของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพไว้ดังนี้

WHO (1996: 26) ทักษะทางปัญญาและสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถที่จะเข้าใจและสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับมาของบุคคลในการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาการมีสุขภาพที่ดีเอาไว้

Nutbeam (2008: 18) ทักษะทางปัญญาและสังคม ของบุคคล ซึ่งการมีสุขภาพดี

Ishikawa et al. (2008: 23) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระและเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้

คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (2559) เรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ” ปี พ.ศ. 2559 ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพที่ดี

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2561: 11) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพที่จะทำให้บุคคลสามารถที่จะกลั่นกรอง มีการประเมิน การตัดสินใจ เพื่อจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปความรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถในการรับรู้เข้าถึงข้อมูลต่างๆ ในที่นี้คือ ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งส่งผลต่อการวิเคราะห์ ประเมินสุขภาพ การปฏิบัติและการจัดการตนเอง การสื่อสารเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพและแนะนำเรื่องสุขภาพให้แก่บุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน (2562: 42) ได้ให้ความหมายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยสำคัญของบุคคลทุกเพศทุกวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพและเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุข (2563: ระบบออนไลน์) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

ผู้วิจัยได้สรุปความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้ว่า หมายถึง เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึง เข้าใจในการใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจ ส่งเสริม และรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง

คุณลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554: 20) เป็นหน่วยงานที่เล็งเห็นความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยได้กำหนดคุณลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพตามแนวความคิดของ Nutbeam (2008: 18)

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) หมายถึง การใช้ความสามารถใน การฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลัก เหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน คือ จะสามารถมีการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้ถึงวิธีการค้นหาต่างๆ

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถในการค้นหาข้อมูล ที่ถูกต้อง เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ คือ สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลาย แหล่งจนทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วย หลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อแก้ปัญหาลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ มีการรับรู้ประเด็นและเนื้อหาที่สำคัญ นำสู่การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความเข้าใจและสามารถอธิบาย ประเด็นและเนื้อหาที่สำคัญที่จะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communicative Skill) หมายถึง การนำเสนอเผยแพร่ ชักชวนต่อรองและรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎระเบียบ และ วัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อกระตุ้นชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ สามารถ พุด อ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเพื่อนำสู่การมีสุขภาพที่ดีได้

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) หมายถึง กระบวนการคิดวิเคราะห์ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่ โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกหรือจะปฏิเสธหรือจะหลีกเลี่ยงวิธีในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถในการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ผลดีหรือผลเสียในการที่จะเลือกหรือจะปฏิเสธที่จะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถในการแสดงทางเลือกที่จะทำให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดทั้งต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงถึงข้อมูลที่จะสามารถนำมาลบล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

5. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management) หมายถึง วิธีการ ทักษะ และกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งเน้น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองและอื่นๆ ที่นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้สุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ การมีกำหนดเป้าหมายและมีการวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐาน และสามารถกระทำตามแผนที่ได้กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถที่จะทบทวนวิธีในการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอ และสามารถตีความเนื้อหาอันยยะที่แฝงอยู่ในสื่อและสามารถประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้

จากการจำแนกคุณลักษณะของรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการให้รายละเอียดเพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและวัดผลและสะดวกในการนำสู่การพัฒนาทางด้านความรู้ด้านสุขภาพอีกด้วย โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ มีความสามารถที่จะตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับมาจากสื่อเพื่อนำมาดูแลตนเอง

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับข้อมูลจากสื่อเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองและผู้อื่น

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อเป็นการแนะนำแนวทางที่ถูกต้องให้กับบุคคลอื่นในสังคมและชุมชน

จากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสามารถคุณลักษณะสำคัญที่จะนำไปใช้ในการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

องค์ประกอบ	คุณลักษณะสำคัญ
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา 2. ค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง 3. สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
2. ทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ 2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ 3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ 2. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

องค์ประกอบ	คุณลักษณะสำคัญ
4. ทักษะการจัดการตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ 2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 3. มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
5. ทักษะการตัดสินใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หลีกเลียงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ หลีกเลียง เลือกวิธีการปฏิบัติ 3. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ 2. เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น 3. ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

ที่มา: Nutbeam (2008: 18)

จากตารางที่ 1 สรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล สร้างความรู้ความเข้าใจรู้จักใช้คำถามที่ดีที่ช่วยให้เข้าใจอย่างถูกต้อง เพื่อวิเคราะห์ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้ผ่านสื่อ ทำให้เกิดการสนใจในการตัดสินใจเลือกดูแลและจัดการสุขภาพตนเองในการป้องกันและคงการรักษาสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถ (Abilities) และทักษะ (Skill) ของแต่ละบุคคลให้มีพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายตามนโยบายการพัฒนาของประเทศ ซึ่งต้องกำหนดองค์ประกอบสำคัญเพื่อให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ให้สอดคล้องกับบริบทสังคมแต่ละยุคสมัย มีการใช้ชีวิตที่ปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการวัดระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง วิธีการ และทำความเข้าใจ ในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ความคาดหวังของ ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่นๆ เป็นต้น ประกอบกับให้ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนั้นพบว่า มีการศึกษาหลายงานได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ เนื่องจากได้เล็งเห็นความสำคัญของการใช้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นพื้นฐานในการนำสู่สุขภาพที่ดีต่อไป โดยผู้วิจัยรวบรวมปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดังนี้

1. ด้านชีวสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญด้านชีวสังคมที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1 เพศ คือ ความแตกต่างระหว่างชายและหญิง แต่ในปัจจุบันเรื่องเพศยังเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน โดยในด้านแนวความคิด หมายถึง ความแตกต่างทางสังคม ระหว่างชายและหญิง ทำให้เกิดมุมมองที่ใช้พิจารณาแนวความคิดพฤติกรรม บทบาท และความคาดหวัง ที่มีต่อผู้ชายและผู้หญิง ในฐานะที่เป็นชายหรือหญิง ดังนั้นทำให้การศึกษาหลายๆ ด้าน จึงมักจะหลีกเลี่ยงประเด็นของเพศมาศึกษา เนื่องจากมีความแตกต่างมากและหลากหลายจนทำให้เกิดผลต่างๆ ตามมาและจากผลการศึกษาก็ทำให้เกิดการพัฒนาที่ถูกต้องและเหมาะสม การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพได้นำประเด็นเรื่องเพศมาศึกษาเช่นกัน เช่น จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556: 4) ได้แสดงผลการศึกษาว่าเพศที่ต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (2007: 18) ที่กล่าวว่า เพศที่ต่างกันจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน และมีการศึกษาพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า

เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นเพศที่แข็งแรงจึงไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (แจ่มจันทร์ วรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ, 2561: 20)

1.2 อายุ คือ สิ่งที่เป็นตัวบ่งบอกถึงระยะเวลาการมีชีวิต โดยนับจากเวลาตั้งแต่เกิด จนถึงปัจจุบัน นับตามปีปฏิทิน อายุทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างบุคคล มีพัฒนาการตามช่วงวัยที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดการดูแลที่แตกต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้นการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการในแต่ละวัยและในแต่ละบุคคลจะมีอัตราการพัฒนาการที่ไม่เท่ากัน ดังเช่นงานวิจัยของ Baker et al. (2007: 18) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ S-TOFHAL และ MMSE ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 1.4 คะแนน จากการเพิ่มขึ้นของอายุทุกปี กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้นทุก 1 ปี จะมีระดับ S-TOFHAL ลดลง 1.4 คะแนน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Mofrad et al. (2016: 44) ที่มีผลการศึกษา ด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุวัยต้นมักจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย

1.3 การศึกษา เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญกับความสุขภาพรอบรู้ เนื่องจากถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ จากการศึกษาของ Paache-Orlow & Wolk (2016: 18) พบว่า ระดับของการศึกษามีผลต่อการเพิ่มของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน ซึ่งเป็นทักษะที่มีความจำเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจเรื่องราวและข้อมูล การที่รับข้อมูลใดๆ หรือการที่จะเข้าใจสิ่งใดได้จะต้องอาศัยพื้นฐานทางการศึกษา กล่าวคือ การศึกษาเป็นสาเหตุที่ทำให้ คนรู้หรือเข้าใจสิ่งต่างๆ รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วย

1.4 รายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมจากหลายการศึกษาพบว่า การที่มีภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างซึ่งจากผลการศึกษาหลายการศึกษา พบว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีนั้นจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ และหนึ่งในปัจจัยที่มีผลในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับของรายได้ ความเพียงพอของรายได้หรือเศรษฐฐานะ โดยมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย Baker et al. (2007: 38) พบว่า ระดับของเศรษฐฐานะที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และระดับของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีผลทำให้มีความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จากผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าระดับของเศรษฐฐานะของบุคคลมีผลต่อการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clausen et al. (2016: 16) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพ พบว่า เศรษฐฐานะเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เศรษฐฐานะเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถบ่งชี้การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเป็น

ตัวกำหนดความสามารถในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงการบริการด้วย Pender et al. (2011: 38) อธิบายโดยสรุปว่า รายได้ยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมาด้วย Liu et al. (2015: 10) ได้นำเสนอว่า ผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามักจะมีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงกว่าเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า มีความสนใจในการเสาะหาความรู้ด้านสุขภาพ สรรหาบริการสุขภาพที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

1.5 ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว (ราชบัณฑิตยสถาน, 2547: ระบบออนไลน์) พจนานุกรมศัพท์แพทย์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547 ให้คำแปลว่า “โรคพื้นเดิมหรือโรคเบื้องหลัง” หมายถึง ระยะเวลาที่โรคติดตัวอยู่เป็นประจำ โดยที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ทั้งนี้ระยะเวลาของโรคประจำตัวจะส่งผลต่อโรคปัจจุบันเสมอ โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ จึงส่งผลถึงการรักษาโรคปัจจุบันให้ได้ผลรักษาที่ไม่ดีและติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้นในการรักษาโรคปัจจุบันจึงจำเป็นต้องรักษาและควบคุมโรคประจำตัวโรคพื้นเดิม/โรคเบื้องหลังให้ได้ดีด้วยเสมอ ซึ่งจะช่วยให้การพยากรณ์โรค/ผลการรักษาดีขึ้น ลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงแทรกซ้อนทั้งที่เกิดจากตัวโรคเองและจากการรักษาโรคให้ลดน้อยลงได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมาเป็นระยะเวลายาวนาน อาจมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มมีโรคประจำตัว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเข้าพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด การออกกำลังกาย เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางอ้อมที่จะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงของโรคประจำตัวที่มีอยู่ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2565: ระบบออนไลน์)

1.6 อาชีพ หมายถึง การทำกิจกรรม การทำงานที่มีผลตอบแทนออกมาในรูปแบบของรายได้ เพื่อบุคคลนำไปดำรงชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว โดยอาศัยแรงงาน ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการที่แตกต่างกันไปตามลักษณะการประกอบอาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรมจากหลายการศึกษาพบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีนั้นจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้และหนึ่งในปัจจัยที่มีผลในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ อาชีพ มีงานวิจัยต่างประเทศของ Protheroe et al. (2017: 68) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยสูงอายุในเขตนอกเมืองของประเทศอังกฤษ

1.7 สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้สถานะระบบครอบครัว เป็นตัวที่กำหนดบทบาททางสังคมและถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของครอบครัว เพราะคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีโอกาสได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการช่วยเหลือของสามีหรือภรรยา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Karimi et al., 2014: 29) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะยังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ดังการศึกษาของ วริศา จันทรังสีวรกุล (2553: 54) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 82 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ และผู้สูงอายุหญิงที่อยู่กับคู่สมรสจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส

1.8 สิทธิการรักษา เป็นการเลือกใช้สิทธิการรักษานั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุเองว่าจะใช้หรือไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานตามกฎหมายที่ตนเองได้รับในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้สิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่จะช่วยส่งเสริมด้านความรู้ด้านสุขภาพให้ดีขึ้น อาจจะมาจก 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยที่มีอยู่ก่อน เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และทัศนคติที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยสนับสนุน เช่น รายได้ และสิทธิการรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านความจำเป็น เช่น การมีโรคประจำตัว และลักษณะความเจ็บป่วย ปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานของผู้สูงอายุ (รัชนิบูล น้ำใจดี, 2557: 75)

1.9 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง ผู้พักอาศัยอยู่เป็นประจำในครัวเรือนรวมถึงผู้ที่มาพักอาศัยชั่วคราว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง เป็นต้น บุคคลเหล่านี้ อาจมีส่วนในการช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566: ระบบออนไลน์)

จากการทบทวนถึงด้านชีวสังคม ทำให้ผู้วิจัยสรุปว่า มีปัจจัยสำคัญหลายปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งทิศทางและความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยจะแตกต่างกันออกไป ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคมที่ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

2. ด้านระบบบริการสุขภาพ

สุดารัตน์ คำวิชา (2552: 19) ได้ให้ความหมายของระบบบริการสุขภาพว่าระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ การให้บริการได้ครอบคลุม การไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่างๆ และมีการเชื่อมโยงสถานพยาบาลแต่ละระดับระบบบริการสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือส่วนต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการส่งเสริมรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพ

กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ (2561: 14) ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพที่มีการจัดบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่เข้มแข็งมีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไปควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน

ระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อม ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการและสิทธิการรักษา หมายถึง ความเหมาะสมหรือความพอดีของผู้ใช้บริการ และระบบบริการ ได้แก่ ความครอบคลุม (Availability) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความสะดวก (Accommodation) ความสามารถใช้จ่าย (Affordability) และการยอมรับ (Acceptability) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จำแนกเป็น 5 มิติ คือ (Penchansky & Thomas, 1981: 127 - 140)

1.1 ความสามารถของผู้รับบริการในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือประกันสุขภาพ (Affordability)

1.2 ความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ (Availability) หมายถึง ความพอเพียงของบริการต่อความต้องการของผู้ใช้บริการตลอดจนมีบุคลากรและเทคโนโลยีที่เพียงพอต่อความต้องการ

1.3 การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (Accessibility) หมายถึง ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงการเข้าถึงตามหลักภูมิศาสตร์ การเข้าถึงแหล่งบริการที่มีการเดินทางสะดวก รวดเร็ว

1.4 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการสาธารณสุข (Accommodation) เป็นแหล่งที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกและทำให้เกิดความสะดวกในการรับบริการ เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การติดต่อสื่อสาร ความสะดวกในการดูแลผู้ใช้บริการ โดยปราศจากข้อจำกัดทำให้เข้าถึงบริการได้โดยง่ายและสะดวก

1.5 การยอมรับคุณภาพของบริการทางสาธารณสุข (Acceptability) หมายถึง การยอมรับการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในบริการ มิตินี้ประกอบด้วย อายุ เพศ สังคม และความเป็นธรรมของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เช่น การวินิจฉัยโรคและควบคุมครอบคลุมของบริการทั้งหมด

2. การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของการแสวงหาข้อมูล การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข ด้านสุขภาพ ด้านการฟื้นฟู บำบัด หรือด้านการป้องกันโรค โดยพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการปฏิบัติตน ซึ่งถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมก็สามารถป้องกันหรือหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Wilson, 2000: 188)

3. การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การเลือกใช้บริการที่เจ้าหน้าที่หรือองค์กรสาธารณสุขจัดให้มีขึ้นสำหรับประชาชนเป็นรายบุคคลหรือชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูและให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการป้องกันและควบคุมโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2560: ระบบออนไลน์)

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2555: 5) ได้แบ่งระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (Level of Care) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.1 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะรับผิดชอบดูแลจำนวนประชากรไม่มากนักแต่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นรับผิดชอบจำนวนประชากรที่มากขึ้นแต่ครอบคลุมการให้บริการเฉพาะโรคที่ไม่เกิดบ่อยแต่มีความซับซ้อน ได้แก่

2.1.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self-Care Level) ซึ่งจะเป็นการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองรวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย แนวโน้มประชาชนมีความตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การลดการสูบบุหรี่ มีการออกกำลังกาย แต่ขณะเดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยน้อยลง โดยหันไปใช้บริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมากขึ้น

2.1.2 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care Level: PHC) เป็นการบริการสาธารณสุขที่ ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถจะทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการ คือ ประชาชนด้วยตนเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้จึงใกล้ชิดกับการดูแลรักษาตนเองและบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นอย่างมาก

2.1.3 การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level หรือ Primary Medical Care: PMC) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย นอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้วจะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและทั้งหมด ยังไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการระดับต้นที่ดูแลแบบองค์รวมทุกครัวเรือน ในอนาคตอันใกล้คงจะได้เห็นบริการระดับต้นที่เป็นองค์รวมและเข้มแข็งขึ้น บริการสุขภาพระดับต้น ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้ คือ

2.1.4 สถานีอนามัย (สอ.) /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First Line Health Service) ซึ่งมีการกิจ คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ที่ดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน

2.1.5 ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชนทุกระดับ รวมถึงการดำเนินการลักษณะเป็นคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนคลินิกเอกชนเป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในระดับครอบครัวและชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ หากเมื่อผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่ดี ครอบคลุม จะช่วยให้เพิ่มระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้มากยิ่งขึ้นไป

2.2 การจัดบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ (Secondary Medical Care: SMC) เป็นการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักดังนี้

2.2.1 โรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำการให้บริการ จะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

2.2.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ของรัฐโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 - 500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หมายถึง การจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขา โดยมีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ทั้งนี้บทบาทในแต่ละส่วนจะต้องประสานเชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการไม่ซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ เพื่อช่วยพัฒนา เพิ่มช่องทาง และยกระดับให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดียิ่งขึ้น

2.3 การจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care หรือ Tertiary Medical Care: TMC) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางครบถ้วน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ หมายถึง การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ โดยมีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลใหญ่ที่สังกัดกระทรวงอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ หากผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพในระดับตติยภูมินี้ได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองสามารถนำความรู้ที่ได้ไปแนะนำให้กับบุคคลใกล้ชิดได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ที่ถูกต้องและแข็งแกร่งมากยิ่งขึ้นไป

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยได้สรุปว่า ด้านระบบบริการสุขภาพ คือ ระบบการให้บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อลดปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ก่อให้เกิดการวางแผนการกระจายโรงพยาบาลที่ดี การมีแผนกผู้ป่วยนอกขนาดใหญ่ สามารถช่วยให้รับภาระงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมากและดียิ่งขึ้น ทั้งนี้หากมีการให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ ที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เพื่อให้ได้ความรู้ในเรื่องของสุขภาพแล้วนำไปดูแลสุขภาพให้กับตนเองให้ดียิ่งขึ้นไป

3. ด้านสังคมและวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

3.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคล ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อมูลข่าวสาร การประเมินพฤติกรรม และอารมณ์ สังคมตามหลักของ ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) ที่เป็นหนึ่งในทฤษฎีการสูงอายุที่ได้กล่าวถึง ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) คือ การปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ สอดคล้องกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา ซึ่งจากทฤษฎีผู้สูงอายุดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงการมีกิจกรรมต่อเนื่องทางสังคม รวมถึงการได้รับการ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2004: 12) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมมีผลทำให้บุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสถานะทางสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้จากผลการศึกษาสามารถวิเคราะห์ได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ในการทำกิจกรรมหรือการเข้าถึงบริการ หรือข้อมูลสุขภาพต่างๆ นั้น เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ดังนี้

3.1.1 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ เงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ และการทำงานแทน เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ เช่น การเตรียมอาหาร ซักเสื้อผ้า

3.1.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับความรู้คำแนะนำ จากบุคคลใกล้ชิด เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอุบัติเหตุ

3.1.3 ด้านการประเมินพฤติกรรม หมายถึง การได้รับคำเตือนหรือข้อมูลป้อนกลับ จากบุคคลใกล้ชิด ในสิ่งที่ได้แสดงออกมามีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และนำไปใช้ในการเปรียบเทียบ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น

3.1.4 ด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้ความเคารพ ได้รับการสนับสนุนการทำกิจกรรมในสังคมจากบุคคลใกล้ชิด โดยไม่รู้สึกลัวโดดเดี่ยว

House (1981: 14) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจและความสนใจ
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน หรือ แรงงาน (Instrumental Support)
3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผลและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม
4. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นข้อมูลหรือคำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

3.2 การมีส่วนร่วมทางสังคม คือ การเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมหรือในชุมชน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกิจกรรมที่มีในแต่ละระดับของการปฏิสัมพันธ์ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558: 28) ซึ่งได้มีการแบ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 3.2.1 การทำกิจกรรมเพื่อเตรียมตนเองในการเกี่ยวข้องกับผู้อื่น
- 3.2.2 การอยู่กับผู้อื่น การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยไม่ได้มีกิจกรรมที่เจาะจง
- 3.2.3 การร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น การช่วยเหลือผู้อื่น
- 3.2.4 การช่วยเหลือเพื่อแผ่สู่สังคมและการทำประโยชน์ต่อสังคมในภาพใหญ่

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยได้แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว ระดับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและระดับการทำประโยชน์ต่อสังคมในภาพใหญ่และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบการมีส่วนร่วมทางสังคมในรูปแบบของการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ส่วนบุคคล เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุและอื่นๆ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ผู้สูงอายุต้องการ

ผู้วิจัยได้สรุปเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้ว่า ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งในเรื่องของสิ่งอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง นอกเหนือจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องอาศัยปัจจัยของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมหรือดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมหรือในชุมชน

4. ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความสุข ความรับผิดชอบต่อสังคม ทัศนคติ การแสดงออกทางอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ความสุขในเชิงจิตวิทยาความสุขเป็นการวัดเชิงอัตวิสัย (Subjective) คือ เป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกดังนั้นความสุขของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันไป ความสุข (Happiness) ในเชิงจิตวิทยาจึงเป็นการวัดเฉพาะความอยู่ดีทางอารมณ์ (Emotional Well-Being) เท่านั้นซึ่งคำว่าความอยู่ดี (Wellbeing) ก็จะวัดรวมเอามิติของสุขภาพกาย (Physical Health) และสุขภาพใจ (Mental Health) รวมเข้ามาเป็นบริบทของความอยู่ดีมีสุข ความสุขสำหรับบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุมักขาดความสุขหรือมีความสุขลดลงได้ง่ายกว่าวัยอื่น เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยเข้าสู่ยุค Thailand 4.0 ที่มีการใช้เทคโนโลยี วิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ และการวิจัยในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขสบายสุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ จะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกทางบวก ซึ่งความรู้สึกทางบวกนี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข มีเกียรติ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สามารถทำคุณประโยชน์ และ

ขับเคลื่อนชุมชนในฐานะผู้มีประสบการณ์ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุค Thailand 4.0 ได้อย่างยั่งยืน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554: 48)

กระบวนการภาวะสูงอายุทางจิตวิทยามีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม การปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปตามความสามารถของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจรวมถึงการเตรียมตัว การปรับตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ด้วย

2. ความเครียดของผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันในเรื่องการปรับตัวต่อภาวะเครียดไม่เท่ากัน ทำให้สาเหตุของความเครียดมีความแตกต่างกันซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก ความบกพร่องทางร่างกายทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถลดลง การมีโรคประจำตัว และการออกจากงาน โดยสาเหตุดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ด้วยการเตรียมงานไว้ก่อนเกษียณอายุ และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

3. กระบวนการภาวะสูงอายุทางสังคมวิทยา การที่สังคมยกย่องคุณค่าของผู้สูงอายุ ประสบการณ์ ความเฉลียวฉลาด และการทำประโยชน์ให้สังคมทำให้ผู้สูงอายุเป็นที่ยอมรับของสังคม

แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม

เพ็ชรินทร์ ปฐมวนิชกะ (2555: 18) อธิบายเกี่ยวกับความหมายของความรับผิดชอบต่อสังคม หมายความว่า การรู้จักหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพทันตามกำหนดเวลา มี 5 ด้าน คือ

1. ความรับผิดชอบต่อตนเอง หมายถึง การรู้จักหน้าที่ของตนเองและปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ให้สำเร็จลุล่วง มีประสิทธิภาพทันตามกำหนดเวลา

2. ความรับผิดชอบต่อการศึกษาเล่าเรียนรวมทั้งตั้งใจศึกษาจนประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมายด้วยความขยันหมั่นเพียร ละเอียดรอบคอบ อดทน ซื่อสัตย์และมีระเบียบวินัย

3. ความรับผิดชอบต่อครอบครัว หมายถึง การรู้จักฐานะและหน้าที่ของตนที่มีต่อครอบครัว และปฏิบัติอย่างเหมาะสม

4. ความรับผิดชอบต่อสถานศึกษา หมายถึง การที่นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถานศึกษา รักษาผลประโยชน์ เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนการสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าให้แก่สถานศึกษา

5. ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อส่วนรวมเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม โดยการปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม รวมทั้งตั้งใจให้ผู้อื่นปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสุขของสังคม

กล่าวโดยสรุป ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การแสดงบทบาทหน้าที่ตลอดจนคุณธรรม และจริยธรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งต่อส่วนรวมหรือการกระทำใดๆ ที่ส่งผลต่อส่วนรวมทั้งในแง่ดี และไม่ดี

ผู้สูงอายุกับทัศนคติทางสังคม

สังคมมักจะมองผู้สูงอายุว่าเป็นคนแก่ที่หลงลืม (Senile) ความคิดจะโบราณ ไม่มีประโยชน์ ใดๆ ผู้สูงอายุในปัจจุบันควรที่จะต่อสู้กับทัศนคติหรือความเชื่อที่ผิดเหล่านี้ โดยการดูแลสุขภาพ ของตนให้ดีเอาใจใส่กับภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความพึงพอใจชื่นชม ในชีวิต ไม่ตัดขาดสังคมออกไป รักษาการติดต่อกับสังคมเอาไว้ จัดเตรียมฐานะการเงินไว้ให้พอใช้และ ไม่อยู่เฉยยังคงทำกิจกรรมที่ตนพอใจและทำได้อย่างสมตัว คนที่มีกิจวัตรซ้ำซากไม่มีงานอดิเรก ไม่สนใจอะไรนอกจากงานอาชีพ จะปรับตัวลำบากเมื่อเกษียณ แม้แต่แม่บ้านเมื่อสามีเกษียณก็ต้อง ปรับตัวเช่นกัน สังคมก็ควรจะรับผิดชอบจัดให้มีการดูแลผู้สูงอายุให้สมกับที่ได้ทำงานหนักมาแล้ว ตลอดชีวิต เมื่อใดก็ตามที่ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องในฐานะบุคคลอย่างแท้จริง สุขภาพของผู้สูงอายุ ก็ย่อมดีขึ้นทั้งทางกายและใจ

ทักษะทางสังคม (Social Skill) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง และมั่นคงในการเผชิญสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีสติ มีความยืดหยุ่นต่อตนเองและ ผู้อื่น ตลอดจนสามารถเผชิญกับอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ (Riggio, 1986: 25)

1. การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Expressivity) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ในการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง การแสดงออกทางอารมณ์และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้

2. ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (Emotional Sensitivity) เป็นทักษะทั่วไปของ ผู้สูงอายุในการรับรู้และแปลความหมายของการสื่อสารด้วยท่าทาง มีความสามารถในการรับรู้อารมณ์ ของผู้อื่นและสามารถสังเกตท่าทาง ของผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Emotional Control) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุ ในการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น ผู้สูงอายุที่ แสดงออกทางอารมณ์สูงจะแสดงตัว ชอบเข้าสังคม สามารถพูดคุยทุกเรื่องได้อย่างคล่องแคล่ว เพื่อส่งผลให้เกิดเรื่องที่ดีตามมาในทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเป็นอยู่ การดูแลตนเอง สุขภาพ ความสุข เป็นต้น

4. ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุใน การสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น ผู้สูงอายุ ที่แสดงออกทางสังคมสูงจะแสดงตัวและชอบเข้าสังคม สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องอย่างคล่องแคล่ว

5. ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการแปลความหมายและเข้าใจในการใช้การสื่อสารเรื่องต่างๆ โดยทั่วไปด้วยภาษาพูด รับรู้และเอาใจใส่อารมณ์ของผู้อื่น

6. การควบคุมทางสังคม (Social Control) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในการรักษาภาพพจน์ทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีการควบคุมทางสังคมสูงจะมีไหวพริบ มีความมั่นใจในตนเอง และมีความชำนาญทางสังคมผู้สูงอายุเหล่านี้จะสามารถแสดงบทบาททางสังคมได้อย่างหลากหลาย และสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองให้มีความเหมาะสมกับเหตุการณ์ทางสังคมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านจิตวิทยา ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ต้องประกอบด้วย การประเมินระดับความสุข ความรับผิดชอบต่อสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

บริบทเกี่ยวกับชนบทและชนบทจังหวัดเชียงใหม่

บริบทเกี่ยวกับชนบท

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2555: 321) ให้ความหมายคำว่า “ชนบท” (Rural) หมายถึง “บ้านนอก” ซึ่งเป็นเขตแดนที่พ้นตัวเมืองออกไป เป็นคำตรงข้ามกับว่า “เมือง” ที่ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น เป็นศูนย์กลางการบริหาร

สมยศ พุ่มหว่า (2559: 39) ได้ให้ความหมายของชนบท (Rural) หมายถึง เขตที่ตั้งอยู่นอกตัวเมือง ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ตามสภาพพื้นที่ตั้งกับประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบทนั้นจะมีความสัมพันธ์ต่อกันด้วย ชนบทแต่ละแห่งย่อมมีความแตกต่างกันไปทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การปกครอง และความเป็นอยู่ของชาวชนบท สังคมมีขนาดเล็กและลำห้วย มีลักษณะ ได้แก่ เป็นชุมชน สังคมชาวบ้าน สังคมประเพณี สังคมชนบท สังคมเกษตร สังคมด้อยพัฒนา สังคมกำลังพัฒนา สังคมรอบนอก และชนบท

Sander (1977: 321) ได้มีการกำหนดไว้ว่า การที่จะเรียกพื้นที่ใดว่าเป็นเขตชนบท (Rural) หรือเขตเมือง (Urban) ในแต่ละประเทศจะทำได้หลายกรณี เช่น อาจใช้ขนาดของประชากร (Population) โดยที่ประชากรจะอยู่ระหว่าง 1,000 - 5,000 คน ในพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่น (Density) เป็นจุดแบ่งความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบทหรือความใกล้ไกลของระยะทางเดินทางเข้าสู่ตัวเมือง

Roger & Burdge (1972: 141) ได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับชนบทว่า เป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อย สังคมมีความจำกัดกว่าเขตเมือง

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2560: 19) ได้ให้ความหมายชนบท คือ ขอบเขตที่อยู่นอกตัวเมืองออกไป เป็นท้องที่ที่อยู่นอกเขตเทศบาล อีกทั้งยังได้อธิบายถึงสภาพความเป็นอยู่ของชนบทประเทศไทย มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. หมู่บ้านในชนบท มักจะตั้งอยู่โดดเดี่ยวเป็นหย่อมๆ กระจัดกระจายกันอยู่ตามไร่นา ซึ่งเป็นที่ทำมาหากินของแต่ละครอบครัว มีการปลูกต้นไม้ที่มีใบหนาแน่น เช่น การปลูกต้นกอไผ่ไว้รอบหมู่บ้านเพื่อป้องกันลมพายุพัดบ้านพัง และใช้เป็นรั้วป้องกันขโมย ใช้หัวคันทนาหรือหัวร่องสวนเป็นเส้นทางคมนาคมไปมาหาสู่ระหว่างกัน

2. ชุมชนชนบทแต่ละแห่งมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันโดยทางเชื้อชาติ ประเพณี ภูมิหลังทางวัฒนธรรมหรือมีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด มีความผูกพันยอมรับในขนบธรรมเนียมประเพณีเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ความสามัคคี รักหมู่คณะ จึงมีอยู่ในชุมชนชนบทมากกว่าในเมือง

3. แรงงานส่วนใหญ่ในชนบทถูกใช้ไปในการเกษตรและเลี้ยงสัตว์ ในการประกอบอาชีพนั้นคนชนบทส่วนใหญ่ดำรงชีวิตด้วยการเกษตรกรรมซึ่งจะเป็นการปลูกพืชหลักทางเศรษฐกิจ ทำสวนยางและสวนผลไม้ มีการเลี้ยงสัตว์เพื่อใช้เป็นอาหารเลี้ยงครอบครัว และในปัจจุบันการเลี้ยงสัตว์กำลังจะขยายเป็นอาชีพหลัก เกษตรกรในชนบทมักประสบภาวะการว่างงานแฝงหรือการว่างงานตามฤดูกาล แรงงานในชนบทยังไม่ได้ใช้อย่างเต็มที่

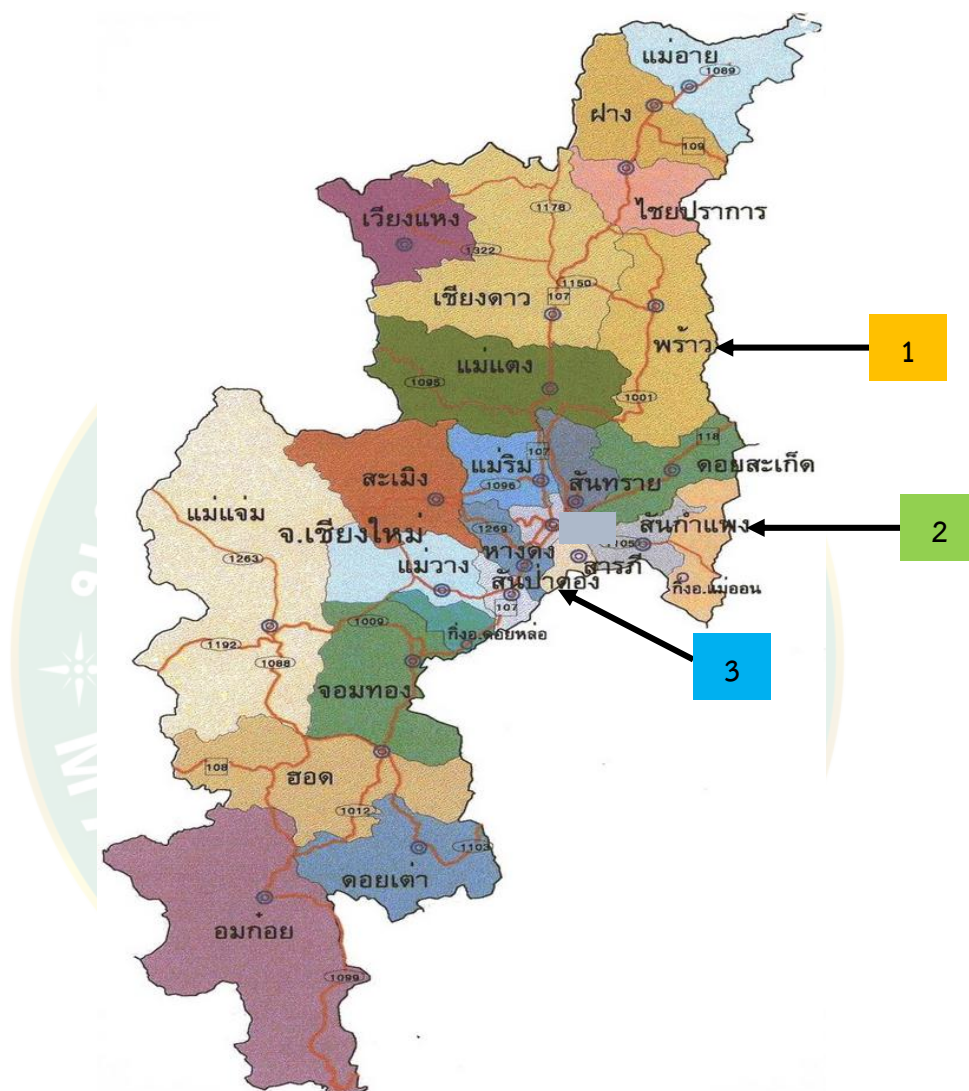
4. ชนบทเป็นหน่วยผลิตทางการเกษตรเพื่อบริโภคเป็นส่วนใหญ่ เพราะสภาพของชนบทแต่เดิมเป็นที่ดินอุดมสมบูรณ์ หากแต่ทางคมนาคมและสิ่งอำนวยความสะดวกยังไม่มีเมื่อประชาชนเข้าไปอาศัยอยู่จึงต้องทำการปลูกพืชผักสวนครัวเพื่อการบริโภคของตนเองในแต่ละครอบครัวขึ้นมา ไม่ใช่การปลูกเพื่อการค้า ฉะนั้นเมื่อเปลี่ยนมาเป็นการปลูกพืชเพื่อการค้าและการอุตสาหกรรม จึงเกิดการขาดทุนในการประกอบการและเกิดความยากจนตามมาจนเป็นปัญหาชนบท

5. ความไม่สะดวกหลายอย่างทำให้สังคมในชนบทมีความไม่ปลอดภัยในชีวิต ร่างกายและทรัพย์สิน กล่าวคือ ผู้อยู่อาศัยอาจจะเจ็บไข้ได้ป่วยง่าย การครองชีพต้องอยู่กันอย่างแร้นแค้น ใจร้ายมีอยู่เสมอ ชาวชนบทมักจะขาดความรู้ จึงมีความด้อยในด้านความสามารถในการเพิ่มผลผลิตทางเกษตร ยังคงด้อยในด้านการศึกษาและการเรียนรู้ทำให้สังคมชนบทตกอยู่ในสภาพถูกเอารัดเอาเปรียบโดยระบบของคนกลางในทุกรูปแบบ

ผู้วิจัยจึงสรุปเกี่ยวกับชนบทได้ว่า เป็นเขตที่ตั้งของการอาศัยอยู่นอกตัวเมือง จำนวนของประชากรหรือความหนาแน่นของประชากรที่มีปริมาณน้อยกว่าเขตเมือง มีความแตกต่างกันไปทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การปกครอง ความเป็นอยู่ ระบบการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของระบบสาธารณสุขที่อาจจะยังไม่ครอบคลุมหรือเพียงพอร่วมเหมือนกับในเขตเมือง

ชนบทจังหวัดเชียงใหม่

ชนบทจังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ส่วนที่อยู่นอกเขตเมืองหรืออำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (ภาพที่ 1) แบ่งตามเขตการปกครองในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 24 อำเภอ (ตารางที่ 2)



ภาพที่ 1 พื้นที่ชนบทจังหวัดเชียงใหม่และพื้นที่อำเภอที่ใช้ในการศึกษา

หมายเหตุ หมายเลข 1, 2 และ 3 หมายถึง พื้นที่อำเภอที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อำเภอพร้าว สันกำแพง และสันป่าตอง ตามลำดับ

ที่มา: กรมการปกครอง (2566: ระบบออนไลน์)

ตารางที่ 2 รายชื่ออำเภอของพื้นที่ชนบทจังหวัดเชียงใหม่

ลำดับ	ชื่ออำเภอ	ลำดับ	ชื่ออำเภอ
1	ฝาง	13	ดอยหล่อ
2	แม่อาย	14	สารภี
3	เวียงแหง	15	สะเมิง
4	เชียงดาว	16	แม่ออน
5	ไชยปราการ	17	จอมทอง
6	แม่แตง	18	สันป่าตอง
7	พร้าว	19	แม่วาง
8	กัลยาณิวัฒนา	20	แม่แจ่ม
9	สันทราย	21	อมก๋อย
10	แม่ริม	22	ดอยเต่า
11	หางดง	23	ฮอด
12	สันกำแพง	24	ดอยหล่อ

ที่มา: กรมการปกครอง (2566: ระบบออนไลน์)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อดิเทพ ดารดาช (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 432 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Linear Regression Analysis แบบ Stepwise กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับยังไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.9) รองลงมา คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 44.9) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากเพียงพอ (ร้อยละ 8.1) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 82.3) รองลงมา คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 60.1) และจากอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 57.6) ตามลำดับ สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 51.0) ปัจจัยที่มีอำนาจการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ สามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ด้วยตนเอง (Beta = 0.499, P-value < 0.001) รองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (Beta = 0.497, P-value < 0.001) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (Beta = 0.360, P-value < 0.001) ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว (Beta = 0.312, P-value < 0.001) อาชีพ (Beta = 0.301, P-value < 0.003) มีคนอื่นช่วยในการใช้งานอินเทอร์เน็ต (Beta = 0.218, P-value < 0.001) ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Beta = 0.158, P-value < 0.001) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 บาทขึ้นไป (Beta = 0.108, P-value = 0.002) มีอุปกรณ์ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (Beta = 0.085, P-value = 0.028) และได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (Beta = 0.082, P-value = 0.013) ตัวแปรทั้ง 10 ตัวรวมพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้ร้อยละ 65.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นัชชา เรื่องเกียรติคุณ (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่า การศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด และความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ฉันทิทิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.10$) 2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.80$) 3) ด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.79$) 4) ด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.35$) 5) ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{x} = 2.19$) 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.02$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมินผล ปัจจัยส่วนบุคคล สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 28.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ประไพพิศ สิงหเสน และคณะ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ. 2ส. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.70 เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 3.08 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5.63 3) ด้านการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.30 4) ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.60 5) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 8.66 6) ด้านรู้เท่าทันสื่อตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.02 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กรรณิการ์ การิสรพร และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทปิมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและ สุ่มตัวอย่าง แบบเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจึงควรหาวิธีในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความรู้อย่างมีวิจารณญาณในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้อย่างเหมาะสม

นฤมล ใจดี และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัด กำแพงเพชร กรณีศึกษา: ผู้สูงอายุในเขตอำเภอโกสุมพิ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัย คือ ผู้สูงอายุในอำเภอโกสุมพิ จังหวัด กำแพงเพชร จำนวน 392 คน และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโกสุมพิ จังหวัด

กำแพงเพชร สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าจำนวน (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ผลการวิจัยพบว่า ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่อ่านออกหรือเขียนได้บ้างเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณารายด้านออกเป็น ด้านความรู้ ความเข้าใจสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.65 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที ระดับการปฏิบัติอยู่ที่บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49.74 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/พฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ระดับการปฏิบัติอยู่ที่ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.91 ด้านทักษะการตัดสินใจผู้สูงอายุใช้ความรู้ ความเข้าใจ เมื่อมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำจะเลือกออกกำลังกายวิธีการเดินช้าๆ คิดเป็นร้อยละ 95.15 การตัดสินใจรับฟังเพิ่มเติมเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเปรียบเทียบผลดี ผลเสีย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.04 ด้านทักษะการจัดการตัวเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการปฏิบัติบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.90 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผู้สูงอายุมีทักษะรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่ เชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ ระดับการปฏิบัติไม่ได้ทำเลย คิดเป็นร้อยละ 55.36 เป็นต้น

สิทธิพร สุนทร และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบและปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม และสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงวัย จำนวน 399 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามมาตรฐานประมาณมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคามอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ 11 ตัวแปร มีค่า $R = 0.91$ และค่า $R^2 = 0.87$ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลในรูปคะแนนมาตรฐานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัจจัยสมรรถภาพด้านจิตวิทยา ปัจจัยความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยสังคมเพื่อนฝูง ส่วนรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงวัยทั้ง 17 คน เห็นด้วยกับแนวทางกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่ามัธยฐานมากกว่า 4.20 ขึ้นไปทุกกิจกรรม แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของรูปแบบ

กิจปพน ศรีธานี (2560) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนกลางและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในรายด้าน ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ปานกลาง) ด้านทักษะการสื่อสาร (ปานกลาง) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ปานกลาง) ด้านการจัดการตนเอง (ปานกลาง) ด้านการตัดสินใจ (ปานกลาง) และด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ (ปานกลาง) ส่วนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทร์ทา (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดชัยนาท การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ และอิทธิพลขององค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดชัยนาท จำนวน 366 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 17.9 ($R^2 = 0.179$, $p < 0.001$) โดยตัวแปรการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีที่สุด ($\beta = 0.170$, $p < 0.001$)

วีรยุทธ ศรีทุมสุข (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยกำหนดโดยตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ตัวแปรตาม คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เครื่องมือในการศึกษาคือแบบสอบถามรายบุคคลประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 73.70 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 26.30 ส่วนในรายด้านพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค อยู่ในระดับพอใช้ (ปานกลาง) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ต่ำมาก) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ (ปานกลาง)

ทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับพอใช้ (ปานกลาง) ทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดี (ดี) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับพอใช้ (ปานกลาง)

ปีทมาพร ธรรมผล และคณะ (2559) ทำการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและความแตกต่างด้านสุขภาพตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามและการประเมินภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน ชั้นปฏิสัมพันธ์และชั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด ค่าแอลดีแอล คอเลสเตอรอล และค่าเอชดีแอล คอเลสเตอรอล

ทิพย์กมล อีสลาม (2557) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมของปัจจัย เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัวเรื้อรัง การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตน มีอิทธิพลทางตรงในทางบวก โรคประจำตัวเรื้อรัง การรับรู้สถานะสุขภาพของตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รายได้ อายุ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลจากสถานการณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยเพศ ไม่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา

วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษานี้ใช้วิธีการแบบผสมผสาน (Mixed Method) เน้นเชิงคุณภาพในระยะหนึ่งและการศึกษาเชิงปริมาณในระยะที่สอง และมีการสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอีกด้วย เครื่องมือที่ใช้ คือ เครื่องมือวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยโดยที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยวัตถุประสงค์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม

ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จุดเด่นของการศึกษานี้คือ การสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยเป็นงานแรก โดยการเทคนิคเดลฟายในการสร้างเครื่องมือมีการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายด้าย โดยศึกษาวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย การพัฒนาเครื่องมืออ้างอิงจากแนวคิดของ Nutbeam (2008) ผลวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมและการเดินทางมาชมรม

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ได้ทำการศึกษาศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยเพื่อรับรองการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรับรองการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส กับบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 15 คน และแบบสัมภาษณ์การพัฒนา ความรู้ทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัย เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีความรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความรู้ด้านสุขภาพไม่ต่างกัน สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้าง ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้ง่ายเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร และมีความคิดเห็นว่าการจัดการทางอารมณ์เป็นเรื่องที่ยุ่ยากในการแก้ปัญหาหรือการจัดการกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Ishikawa et al. (2016) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและแหล่งข้อมูลกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิตกกังวลและพฤติกรรมป้องกันตนเองของชาวญี่ปุ่น โดยตัวแปรที่ศึกษา คือ ตัวแปรต้น ได้แก่ แหล่งข้อมูลการ สื่อสาร การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงในการวิตกกังวล พฤติกรรมป้องกันและการใช้แหล่งข้อมูลตัวแปรตาม คือความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 139 คน มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำการรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงในการวิตกกังวล พฤติกรรมป้องกัน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ แต่ในผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงจะมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างดีและการใช้แหล่งข้อมูลพบว่าหนังสือพิมพ์เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารรองลงมาคือ ครอบครัว เพื่อนและโทรทัศน์ และสื่อที่เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพได้มากกว่า คือ การอ่านหนังสือพิมพ์และ

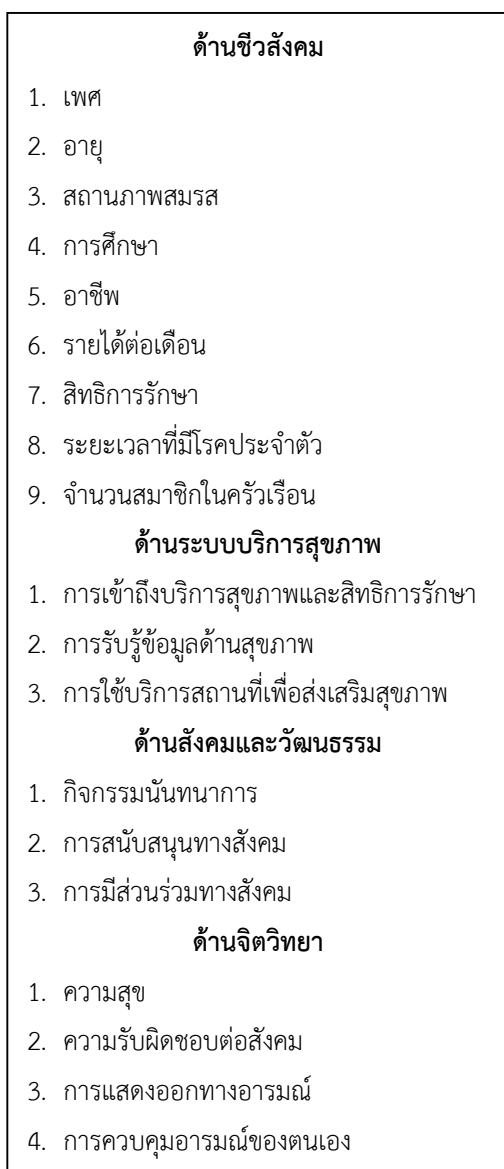
การใช้อินเทอร์เน็ตให้บ่อยขึ้น ส่วนความถี่ในการดูโทรทัศน์ ครอบครัว เพื่อน จดหมายสาธารณะ ไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับแหล่งข้อมูล ความเสี่ยงในการวิตกกังวลและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ พบว่า ระดับของความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ส่วนสื่อที่สามารถทำให้เพิ่มระดับความเสี่ยงของการวิตกกังวลได้ คือ จดหมายสาธารณะกับโทรทัศน์

Baker et al. (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่แย่งลง โดยวิธีการศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุในชุมชนทั้งหมดจำนวน 2,774 คน เพื่อเป็นการอธิบายคุณลักษณะประชากร ระดับการศึกษา ความถี่ในการอ่านหนังสือพิมพ์การมีโรคเรื้อรังและสถานะทางสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ คือ S-TOFHAL โดยมีระดับ 1-100 คะแนนและใช้เครื่องมือ MMSE ประเมินสมรรถภาพทางสมอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 1.4 คะแนน จากการเพิ่มขึ้นของอายุทุก 1 ปี กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้นทุก 1 ปี จะมีระดับ S-TOFHAL ลดลง 1.4 คะแนน และหากจำแนกตาม เพศ สีผิว ลักษณะเชื้อชาติและระดับการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 1.3 คะแนน จากการเพิ่มขึ้น ของอายุทุก 1 ปี เมื่อจำแนกตามลักษณะของ MMSE กับ S-TOFHAL พบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 0.9 คะแนน จากการเพิ่มขึ้นของอายุทุก 1 ปี ดังนั้นจากผลการศึกษา จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ

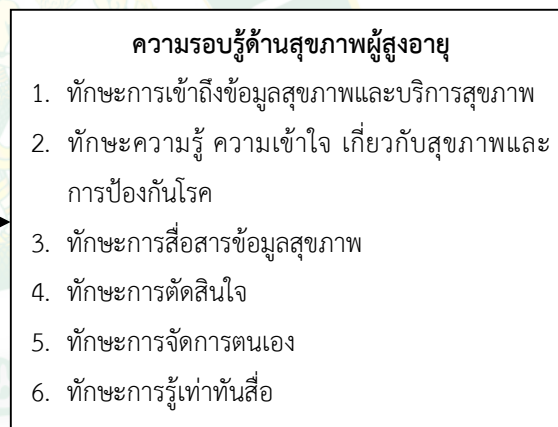
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จะเป็นตัวกำหนดและเป็นตัวกระตุ้นการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008: 18) และจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวสังคม ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาระดับของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ แสดงไว้ในภาพที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยโดยมีกระบวนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ให้ข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปใช้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ศึกษาข้อมูลประชากร กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามปีปฏิทิน และอาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 333,408 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564: 28)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และเกิดความคลาดเคลื่อนได้ 5% (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553: 207)

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนรวมทั้งหมดของประชากรที่ใช้ศึกษา

e = ความผิดพลาดที่ยอมรับได้ (การศึกษาครั้งนี้ กำหนดให้เท่ากับ 0.05)

แทนค่าจะได้เป็น

$$n = \frac{333,408}{1 + 333,408 (0.05)^2}$$

$$n = 399.49 \approx 400 \text{ คน}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สูงอายุอาจมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ ทั้งนี้เพื่อให้มีความครอบคลุมถึงความเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่ดี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ มีการเทียบสัดส่วนประชากรตามฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในเขตชนบท จำนวน 24 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling)

1.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) คือ จังหวัดเชียงใหม่ ตามเขตการปกครอง มีทั้งหมด 25 อำเภอ เขตอำเภอเมือง 1 อำเภอ เขตชนบท 24 อำเภอ ในการศึกษาครั้งนี้ขอบเขตพื้นที่ใช้เขตชนบท 24 อำเภอ โดยแบ่งตามเขตการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของจังหวัดเชียงใหม่ มี 3 เครือข่าย ได้แก่

1.3.1) เครือข่ายโรงพยาบาลฝาง จำนวน 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอฝาง อำเภอแม่ฮ่ม อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอไชยปราการ อำเภอแม่แตง อำเภอพร้าว และอำเภอภักดีพัฒนา

1.3.2 เครือข่ายโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสันทราย อำเภอแม่ริม อำเภอหางดง อำเภอสันกำแพง อำเภอดอยสะเก็ด อำเภอสารภี อำเภอสะเมิง และอำเภอแม่ออน

1.3.3 เครือข่ายโรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอจอมทอง อำเภอสันป่าตอง อำเภอแม่วาง อำเภอแม่แจ่ม อำเภออมก๋อย อำเภอดอยเต่า อำเภอฮอด และอำเภอดอยหล่อ

ขั้นที่ 2 การสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน (Sampling Without Replacement) จากทั้งหมด 3 เครือข่ายบริการ ในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 24 อำเภอ โดยจับสลากเลือกเครือข่ายละ 1 อำเภอ ได้พื้นที่จำนวน 3 อำเภอ เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษาและตัวแทนกลุ่มตัวอย่างอำเภอที่สุ่มได้ ได้แก่ อำเภอพร้าว อำเภอสันกำแพง และอำเภอสันป่าตอง รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามรายอำเภอ

ลำดับที่	เครือข่ายบริการ	อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)
1	ฝาง	พร้าว	11,097
2	นครพิงค์	สันกำแพง	17,350
3	จอมทอง	สันป่าตอง	19,327
รวม			47,774

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564: 28)

ขั้นที่ 3 สุ่มอย่างง่ายแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน (Sampling Without Replacement) โดยจับสลากเลือก 6 ตำบล จาก 3 อำเภอที่สุ่มได้ เพื่อสุ่มตัวอย่างแบบง่ายกำหนดสัดส่วนอำเภอละ 2 ตำบล ให้ได้จำนวน 6 ตำบล เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษาและเป็นตำบลตัวแทนกลุ่มตัวอย่างที่ดี ตำบลที่สุ่มได้ ได้แก่

1. อำเภอพร้าว สุ่มได้ ตำบลแม่แวนและตำบลป่าไผ่
2. อำเภอสันกำแพง สุ่มได้ ตำบลห้วยทรายและตำบลแม่ปูด
3. อำเภอสันป่าตอง สุ่มได้ ตำบลยุหว่าและตำบลน้ำบ่อหลวง

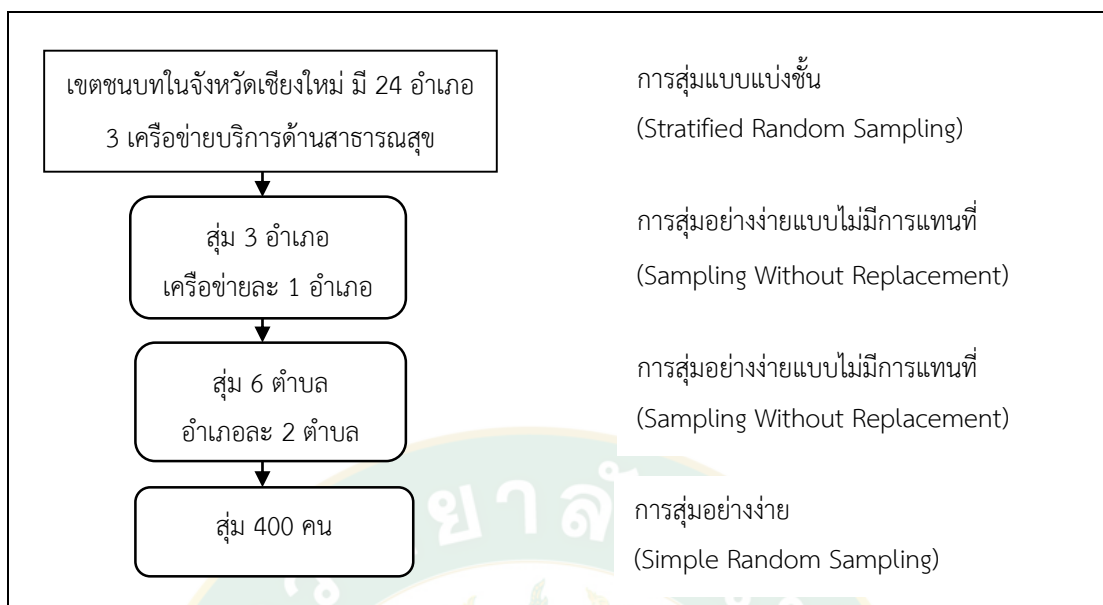
โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามตำบลที่สุ่มได้โดยการเทียบ
บัญญัติไตรยางค์ของประชากรกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนของประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามตำบล

ลำดับที่	เครือข่ายบริการ	อำเภอ	ตำบล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	ฝาง	พร้าว	แม่แวน	1,101	48
2			ป่าไหล่	1,000	43
3	นครพิงค์	สันกำแพง	ห้วยทราย	1,485	64
4			แม่ปучา	1,303	57
5	จอมทอง	สันป่าตอง	ยูหว่า	3,079	133
6			น้ำป่อหลวง	1,275	55
รวม				9,243	400

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564: 28)

ขั้นที่ 4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
โดยการขอรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนที่สะดวกในการเข้าร่วมให้ข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุข
และเครือข่ายอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) นำรายชื่อผู้สูงอายุมาจับสลากเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ซึ่งได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวม 400 คน โดยขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง แสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 เกณฑ์คัดเข้า

1.1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน และอาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

1.1.2 สามารถฟัง พูด และติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ปกติ โดยประเมินจากการพูดคุยและการแนะนำตัวของผู้สูงอายุ

1.1.3 มีการคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE (Thai 2002) และผลการพิจารณาไม่มีสงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)

1.1.4 มีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

1.2 เกณฑ์คัดออก

1.2.1 หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมได้ เช่น มีการย้ายที่อยู่อาศัยหรือพำนักนอกเหนือพื้นที่ ผู้วิจัยจะทำการคัดออก เพราะสามารถตรวจสอบจากฐานข้อมูลประวัติของผู้เข้าร่วมวิจัยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่มาเป็นฐานข้อมูลรายชื่อของผู้สูงอายุที่เข้าข่ายและสมัครใจเข้าร่วมคัดกรองการวิจัยในครั้งนี้ได้

1.2.2 หากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ทันที โดยให้การช่วยเหลือและนำส่งการดูแลรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่บริการ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากเอกสารบทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (นพวรรณ แกมคำ, 2562: 18)

- 3.1.1 ด้านชีวสังคม
- 3.1.2 ด้านระบบบริการสุขภาพ
- 3.1.3 ด้านสังคมและวัฒนธรรม
- 3.1.4 ด้านจิตวิทยา

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ทักษะ ได้แก่ (Nutbeam, 2008: 18) อ้างถึงใน กนกวรรณ อังกะสิทธิ์, 2564: 29)

- 3.2.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- 3.2.2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค
- 3.2.3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ
- 3.2.4 ทักษะการตัดสินใจ
- 3.2.5 ทักษะการจัดการตนเอง
- 3.2.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

1. ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่

2. สร้างแบบสอบถามเพื่อเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่

โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งหมด 51 ข้อ โดยแบ่งเป็น

1.1.1 แบบสอบถามด้านชีวสังคม จำนวน 9 ข้อ ที่เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

1.1.2 แบบสอบถามด้านระบบบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ที่เป็นคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

1.1.3 แบบสอบถามด้านสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 12 ข้อ ที่เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมนันทนาการการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคม

1.1.4 แบบสอบถามด้านจิตวิทยา จำนวน 24 ข้อ ที่เป็นคำถามเกี่ยวกับความสุข ความรับผิดชอบต่อสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง

1.2 แบบสอบถามวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากเครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของ กนกวรรณ อังกะสิทธิ์ (2564: 29) จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008: 18) ประกอบด้วย 6 ด้าน รวมทั้งหมด 33 ข้อ ได้แก่

1.2.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

1.2.2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ

1.2.3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

1.2.4 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ

1.2.5 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ

1.2.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำแนกได้ 4 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนของความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดระดับคะแนนตามมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) ออกเป็น 4 ระดับ ตามวิธีของ Rensis Likert ดังนี้ (อุเทน ปัญญา, 2553: 91)

1. ข้อคำถามทางบวก

3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติมาก
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติปานกลาง
1 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติน้อย
0 คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติ

2. ข้อคำถามทางลบ (เชิงนิเสธ)

0 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติมาก
1 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติ

โดยข้อคำถามทางลบ (เชิงนิเสธ) จะมีอยู่ในตัวแปรอิสระและตัวแปรตามดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระ

ด้านจิตวิทยา ตัวแปรย่อยความสุข

คำถามข้อ 3 “ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลใจ”

2. ตัวแปรตาม

2.1 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

คำถามข้อ 5 “ผู้สูงอายุที่เครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้อนหลับง่าย”

คำถามข้อ 7 “ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา”

2.2 ทักษะการตัดสินใจ

คำถามข้อ 1 “ถ้าผู้สูงอายุเป็นเบาหวาน มีคนชื่อน้ำอัดลมมาฝากผู้สูงอายุจะดื่ม”

คำถามข้อ 2 “ถ้าผู้สูงอายุเป็นความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจะเลือกกินอาหารรสเค็ม”

คำถามข้อ 3 “ถ้าผู้สูงอายุปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจะซื้อยารับประทานด้วย

ตัวเอง”

การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติพฤติกรรมของปัจจัยแต่ละด้าน (อุเทน ปัญญา, 2553: 91)

2.50 - 3.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับมาก

1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับปานกลาง

0.00 - 1.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับน้อย

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

2.1.1 ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา สิ่งพิมพ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1.2 สร้างแบบสอบถามโดยพัฒนาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของ กนกวรรณ อังกะสิทธิ์ (2564: 29)

2.1.3 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความถูกต้องและให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.1.4 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์ ถูกต้อง และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหาและภาษาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยโดยการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553: 245) เพื่อทำการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาให้ผู้เชี่ยวชาญโดยกำหนดคะแนนจากการพิจารณาไว้ดังนี้

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

เมื่อ IOC คือ ความสอดคล้อง

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องตามประเด็นเนื้อหาหลัก

คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องตามประเด็นเนื้อหาหลัก

คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องตามประเด็นเนื้อหาหลัก

1) ข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อคำนวณตามค่าสถิติแล้วต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป จึงจะเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม ผลการทดสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้องรวมเท่ากับ 0.98 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) สามารถนำไปวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป

(แสดงรายละเอียดค่าดัชนีความสอดคล้องของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ไว้ในภาคผนวก ง)

2) ข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อคำนวณตามค่าสถิติแล้วต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป จึงจะเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม ผลการทดสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้องรวมเท่ากับ 0.99 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) สามารถนำไปวัดปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป (แสดงรายละเอียดค่าดัชนีความสอดคล้องของปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ไว้ในภาคผนวก ง)

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นการวัดการสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) หรือเรียกว่า การหาค่า Cronbach's Alpha เป็นการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Coefficient of Reliability) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 40 คน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพศชาย 20 คน เพศหญิง 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) ซึ่งต้องได้ค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553: 245) แสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.83 (แสดงรายละเอียดค่าความเชื่อมั่นของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ไว้ในภาคผนวก จ)

3.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของ ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 40 คน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพศชาย 20 คน เพศหญิง 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) ซึ่งต้องได้ค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553: 245) แสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.84 (แสดงรายละเอียดค่าความเชื่อมั่นของ ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ไว้ในภาคผนวก จ)

3.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมที่จะเป็นแบบสอบถามการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

1. การเตรียมการเก็บข้อมูล

1.1 ทำบันทึกเสนอขออนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

1.2 ทำบันทึกเสนอขอพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประสานงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้นำชุมชนเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูลและขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมในการวิจัยและวางแผนเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือสถานที่ทำกิจกรรมของชุมชน ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชุมชนหรือบ้านของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจะทำการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างทีละคน ประเมินความสามารถและความต้องการความช่วยเหลือระหว่างการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและอยู่ใกล้กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมและอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบในกรณีที่ไม่สามารถอ่านเองได้

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

2.5 สถานที่และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ จะใช้สถานที่ที่เป็นบ้านของกลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เช่น ห้องประชุมในชุมชน เป็นต้น โดยใช้เวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 40 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE - 018 - 2566 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จากนั้นเข้าพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนหรือผู้นำชุมชน เพื่อประสานงานและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการบังคับใดๆ โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้สูงอายุจะเป็นความลับ และเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จะไม่มีการระบุชื่อของผู้สูงอายุในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายและจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ในระหว่างสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากพบว่าไม่ต้องการให้ข้อมูลต่อระหว่างหรือหลังจากที่ทำการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ หากผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ให้การช่วยเหลือและนำส่งการดูแลรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่บริการเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยได้จัดทำข้อมูลโดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล (SPSS)

1. การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (t - test, One Way ANOVA) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การพิจารณาตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตามในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาเป็นการวัดตัวแปรในระดับมาตรวัดแบบอันตรภาค (Interval Scale) และตัวแปรพยากรณ์จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูง หมายถึง ตัวแปรพยากรณ์จะต้องมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.80 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104 - 105) และจะต้องทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุในตัวแปรอิสระ (Multi Collinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance และค่า VIF (Variance Inflation Factor)

ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่าปัญหา Multi Collinearity มีน้อย

แต่ถ้า Tolerance เข้าใกล้ 0 แสดงว่าปัญหา Multi Collinearity มีมาก

โดยทั่วไปจะถือว่าค่า Tolerance น้อยกว่า 0.10 แสดงถึงการเกิดปัญหา Multi Collinearity

ถ้า ค่า VIF (Variance Inflation Factors) มีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าปัญหา Multi Collinearity ต้องได้รับการแก้ปัญหา (สำราญ มีแจ้ง, 2557: 43)

การตรวจสอบค่าความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อน โดยแต่ละค่าจะเป็นอิสระต่อกันและจะต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Independent Normal Random Variables) จะต้องมีการตรวจสอบปัญหาการมีอัตตสหสัมพันธ์ (Autocorrelation or Serial Correlation) โดยใช้สถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน (Durbin-Watson)

ถ้า ค่าสถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน มีค่าใกล้ 2 แสดงว่า ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเป็นอิสระจากกันจะไม่เกิดปัญหา Autocorrelation

ถ้า ค่าสถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน น้อยกว่า 1.50 แสดงว่า ความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อนอยู่ในทิศทางบวกและถ้ามากกว่า 2.50 แสดงว่า อยู่ในทิศทางลบ

ถ้า ค่าสถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน มีค่าใกล้ 4 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กันมากทำให้เกิดปัญหา Autocorrelation (สำราญ มีแจ้ง, 2557: 44)

ผู้วิจัยจึงสามารถใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาระดับความสำคัญของแต่ละตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

2.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ (Person Product Moment Correlation Coefficient) และผู้วิจัยแปลความหมายของระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (สำราญ มีแจ้ง, 2557: 22)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ความหมาย
0.85 - 1.00	มีความสัมพันธ์มากที่สุด
0.71 - 0.84	มีความสัมพันธ์มาก
0.51 - 0.70	มีความสัมพันธ์น้อย
0.00 - 0.50	มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด

2.2 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรพยากรณ์ (b) ในรูปของคะแนนดิบ

2.3 ทดสอบค่า F เพื่อทดสอบค่า b ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวว่าส่งผลต่อตัวแปรตามหรือไม่และคัดเลือกเฉพาะตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาใช้ในการวิเคราะห์

2.4 หาค่าคงที่ (Constant) สมการพยากรณ์

2.5 สร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ มีการนำเสนอผลการศึกษตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยด้านชีวสังคม ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ ส่วนด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบด้านชีวสังคม ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t - test และ One - Way ANOVA ส่วนด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุคูณ

ตารางที่ 5 สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ทางสถิติ	ความหมาย
1. สถิติเชิงพรรณนา	
n	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน	
SS	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean Square)
df	ระดับขั้นของความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)
p-value	ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติที่คำนวณได้จากการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ
*	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่ถูกกำหนดไว้ก่อนการทดสอบ ($p < 0.05$)
**	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่ถูกกำหนดไว้ก่อนการทดสอบ ($p < 0.01$)
X_i	จำนวนตัวแปรอิสระในสมการถดถอย
\hat{y}	ค่าของคะแนนดิบของตัวแปรตามที่ใช้พยากรณ์ (b)
$\hat{\beta}$	ค่าของคะแนนมาตรฐานของตัวแปรตามที่ใช้พยากรณ์ (β)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

สัญลักษณ์ทางสถิติ	ความหมาย
b_0	ค่าคงที่ (Constant) ของสมการถดถอย
b_i	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของค่าคะแนนดิบ (b)
β_i	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของค่าคะแนนมาตรฐาน (β)
R	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient)
R^2	ค่าอำนาจในการพยากรณ์ (R Square)
Adjusted R^2	ค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square)
SE_{est}	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ (Standard Error of Estimate)

การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจะได้รับการคัดกรองโดยหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE (Thai 2002) แล้วพบว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค 3) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ด้านทักษะการตัดสินใจ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ แสดงผลการศึกษาในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต
ชนบท จังหวัดเชียงใหม่

(n = 400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	2.22	0.70	ปานกลาง	2
2. ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	2.60	0.65	ดี	1
3. ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	2.04	0.75	ปานกลาง	4
4. ด้านทักษะการตัดสินใจ	2.18	0.85	ปานกลาง	3
5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง	1.90	0.85	ปานกลาง	5
6. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	1.64	0.85	ปานกลาง	6
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.10	0.78	ปานกลาง	

จากตารางที่ 6 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.78) ยังพบอีกว่า 1) ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 2.60$, S.D. = 0.65) รองลงมา คือ 2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{x} = 2.22$, S.D. = 0.70) ถัดมา คือ 3) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = 0.85) 4) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 0.75) 5) ด้านทักษะการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 1.90$, S.D. = 0.85) และ 6) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.64$, S.D. = 0.85) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาของแต่ละด้าน ในแต่ละข้อคำถาม แสดงในตารางที่ 7 - 12

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

(n = 400)

ข้อความ	ระดับทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์	2.05	0.79	ปานกลาง	4
2. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	2.27	0.67	ปานกลาง	2
3. ผู้สูงอายุนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	2.16	0.70	ปานกลาง	3
4. ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสอบถามหรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการสุขภาพในชุมชนท่านเพื่อรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	2.39	0.62	ปานกลาง	1
ภาพรวม	2.22	0.70	ปานกลาง	

จากตารางที่ 7 ค่าถามของระดับด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.22$, S.D. = 0.70) ประกอบด้วยข้อความ 4 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสอบถามหรือขอความช่วยเหลือจาก หน่วยงานบริการสุขภาพในชุมชนท่าน เพื่อรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{x} = 2.39$, S.D. = 0.62) รองลงมา คือ 2) เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ($\bar{x} = 2.27$, S.D. = 0.67) ถัดมา คือ 3) ผู้สูงอายุนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ($\bar{x} = 2.16$, S.D. = 0.70) และ 4) เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 2.05$, S.D. = 0.79) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

(n = 400)

ข้อความ	ระดับทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. เนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง	2.87	0.47	ดี	1
2. ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	2.78	0.49	ดี	3
3. ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	2.84	0.47	ดี	2
4. ผู้สูงอายุที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	2.66	0.58	ดี	4
5. ผู้สูงอายุที่เครียด วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย (*)	2.17	0.95	ปานกลาง	7
6. ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรดื่มน้ำหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี	2.29	0.74	ปานกลาง	6
7. ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา (*)	2.62	0.82	ดี	5
ภาพรวม	2.60	0.65	ดี	

หมายเหตุ (*) คือ ข้อคำถามทางลบ (เชิงนิเสธ)

จากตารางที่ 8 ค่าถามของระดับด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.60$, S.D. = 0.65) ประกอบด้วยข้อความ 7 ข้อ พบว่าประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) เนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง ($\bar{x} = 2.87$, S.D. = 0.47) รองลงมา คือ 2) ผู้สูงอายุทุกคนควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ($\bar{x} = 2.84$, S.D. = 0.47) ถัดมา คือ 3) ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\bar{x} = 2.78$, S.D. = 0.49) 4) ผู้สูงอายุที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{x} = 2.66$,

S.D. = 0.58) 5) ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา ($\bar{x} = 2.62$, S.D. = 0.82) 6) ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรงดอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี ($\bar{x} = 2.29$, S.D. = 0.74) และ 7) ผู้สูงอายุที่เครียด วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้อ่อนหลังง่าย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 2.17$, S.D. = 0.95) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

(n = 400)

ข้อความ	ระดับทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ผู้สูงอายุอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี	2.10	0.65	ปานกลาง	2
2. ผู้สูงอายุฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี	2.37	0.63	ปานกลาง	1
3. ผู้สูงอายุได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	2.04	0.81	ปานกลาง	3
4. ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	1.83	0.84	ปานกลาง	5
5. ผู้สูงอายุได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	1.84	0.86	ปานกลาง	4
ภาพรวม	2.04	0.75	ปานกลาง	

จากตารางที่ 9 ข้อความของระดับด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 0.75) ประกอบด้วยข้อความ 5 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) ผู้สูงอายุฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี ($\bar{x} = 2.37$, S.D. = 0.63) รองลงมา คือ 2) ผู้สูงอายุอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.65) ถัดมา คือ 3) ผู้สูงอายุได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 0.81) 4) ผู้สูงอายุได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ($\bar{x} = 1.84$, S.D. = 0.86) และ 5) ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.83$, S.D. = 0.84) ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการตัดสินใจ

(n = 400)

ข้อความ	ระดับทักษะการตัดสินใจ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ถ้าผู้สูงอายุเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำตาลมาฝาก ผู้สูงอายุจะดื่ม (*)	2.54	0.69	ดี	1
2. ถ้าผู้สูงอายุเป็นความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารรสเค็ม (*)	2.53	0.72	ดี	2
3. ถ้าผู้สูงอายุปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจะซื้อยารับประทานด้วยตัวเอง (*)	2.32	0.82	ปานกลาง	3
4. ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ผู้สูงอายุจะเลือกงดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การลุกเดินหรือเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว	1.85	1.13	ปานกลาง	6
5. หากผู้สูงอายุจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจะพิจารณาจากการเปรียบเทียบผลดีผลเสียของการฝังเข็มก่อนเสมอ	1.85	1.08	ปานกลาง	7
6. ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง	1.88	0.77	ปานกลาง	5
7. ผู้สูงอายุทราบหรือสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	2.27	0.71	ปานกลาง	4
ภาพรวม	2.18	0.85	ปานกลาง	

หมายเหตุ (*) คือ ข้อคำถามทางลบ (เชิงนิเสธ)

จากตารางที่ 10 ค่าถามของระดับด้านทักษะการตัดสินใจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = 0.85) ประกอบด้วยข้อความ 7 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) ถ้าผู้สูงอายุเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำตาลมาฝาก ผู้สูงอายุจะดื่มหรือไม่ ($\bar{x} = 2.54$, S.D. = 0.69) รองลงมา คือ 2) ถ้าผู้สูงอายุเป็นความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารรสเค็มหรือไม่ ($\bar{x} = 2.53$, S.D. = 0.72) ถัดมา คือ 3) ถ้าผู้สูงอายุปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยารับประทานด้วยตัวเองหรือไม่ ($\bar{x} = 2.32$, S.D. = 0.82) 4) ผู้สูงอายุทราบหรือสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ($\bar{x} = 2.27$, S.D. = 0.71) 5) ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 1.88$, S.D. = 0.77) 6) ถ้าผู้สูงอายุมีอาการ

เวียนศีรษะเป็นประจำ ผู้สูงอายุจะเลือกงดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การลุกเดินหรือเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ($\bar{x} = 1.85$, S.D. = 1.13) และ 7) หากผู้สูงอายุจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจะพิจารณาจากการเปรียบเทียบผลดีผลเสียของการฝังเข็มก่อนเสมอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.85$, S.D. = 1.08) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการจัดการตนเอง

(n = 400)

ข้อความ	ระดับทักษะการจัดการตนเอง			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ผู้สูงอายุได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	1.96	0.85	ปานกลาง	2
2. ผู้สูงอายุได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์	1.84	0.94	ปานกลาง	4
3. ผู้สูงอายุสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	1.89	0.81	ปานกลาง	3
4. ผู้สูงอายุได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้	1.84	0.86	ปานกลาง	5
5. หลังจากทบทวน ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	1.99	0.79	ปานกลาง	1
ภาพรวม	1.90	0.85	ปานกลาง	

จากตารางที่ 11 ค่าถามของระดับด้านทักษะการจัดการตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.90$, S.D. = 0.85) ประกอบด้วยข้อความ 5 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) หลังจากทบทวน ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ($\bar{x} = 1.99$, S.D. = 0.79) รองลงมา คือ 2) ผู้สูงอายุได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 1.96$, S.D. = 0.85) ถัดมา คือ 3) ผู้สูงอายุสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ ($\bar{x} = 1.89$, S.D. = 0.81) 4) ผู้สูงอายุได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ ($\bar{x} = 1.84$, S.D. = 0.94) และ 5) ผู้สูงอายุได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.84$, S.D. = 0.86) ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

(n = 400)

ข้อความ	ระดับทักษะการรู้เท่าทันสื่อ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ผู้สูงอายุเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ	1.13	0.91	น้อย	5
2. ผู้สูงอายุนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพ มาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา	1.76	0.85	ปานกลาง	3
3. ผู้สูงอายุเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอ เกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	1.69	0.81	ปานกลาง	4
4. ผู้สูงอายุท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ถูกต้อง ผู้สูงอายุนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	1.78	0.70	ปานกลาง	2
5. หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ผู้สูงอายุนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนอื่น	1.86	0.98	ปานกลาง	1
ภาพรวม	1.64	0.85	ปานกลาง	

จากตารางที่ 12 คำถามของระดับด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.64$, S.D. = 0.85) ประกอบด้วยข้อความ 5 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ผู้สูงอายุนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนอื่น ($\bar{x} = 1.86$, S.D. = 0.98) รองลงมา คือ 2) หากผู้สูงอายุคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ผู้สูงอายุนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง ($\bar{x} = 1.78$, S.D. = 0.70) ถัดมา คือ 3) ผู้สูงอายุนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา ($\bar{x} = 1.76$, S.D. = 0.85) 4) ผู้สูงอายุเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ ($\bar{x} = 1.69$, S.D. = 0.81) และ 5) ผู้สูงอายุเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.13$, S.D. = 0.91) ตามลำดับ

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านชีวสังคม

ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) การศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ต่อเดือน 7) สิทธิการรักษา 8) ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว และ 9) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน แสดงผลการศึกษาในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 400)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	172	43.00
หญิง	228	57.00
รวม	400	100.00
อายุ ($\bar{X} = 2.05, S.D. = 0.34$)		
60 - 69 ปี	274	68.50
70 - 79 ปี	106	26.50
80 ปี ขึ้นไป	20	5.00
รวม	400	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	24	6.00
สมรส	273	68.25
หม้าย	101	25.25
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	0.50
รวม	400	100.00
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9	2.25
ประถมศึกษา	339	84.75
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	3.25

ตารางที่ 13 (ต่อ)

(n = 400)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา (ต่อ)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	4.00
อนุปริญญา/ปวส.	10	2.50
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	3.25
รวม	400	100.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	18.00
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	20	5.00
ธุรกิจส่วนตัว	14	3.50
เกษตรกร	140	35.00
รับจ้างทั่วไป	151	37.75
อื่นๆ เช่น ค้าขาย จักสาน	3	0.75
รวม	400	100.00
รายได้ต่อเดือน		
$(\bar{X} = 2.19, S.D. = 0.32)$		
ไม่มีรายได้	11	2.75
ต่ำกว่า 10,000 บาท	365	91.25
10,000 - 50,000 บาท	24	6.00
มากกว่า 50,000 บาท	0	0.00
รวม	400	100.00
สิทธิการรักษา		
บัตรสวัสดิการของรัฐ/บัตรทอง	345	86.25
ประกันสังคม	13	3.25
เบิกตรง	40	10.00
ชำระเงินเอง	2	0.50
รวม	400	100.00

ตารางที่ 13 (ต่อ)

(n = 400)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว		
$(\bar{X} = 2.11, S.D. = 0.33)$		
ไม่มีโรคประจำตัว	101	25.25
1 - 5 ปี	100	25.00
6 - 10 ปี	113	28.25
10 ปี ขึ้นไป	86	21.50
รวม	400	100.00
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
$(\bar{X} = 2.02, S.D. = 0.35)$		
1 - 3 คน	261	65.25
4 - 6 คน	130	32.50
7 คน ขึ้นไป	9	2.25
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 13 ได้ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 57.00 และเพศชาย จำนวน 172 คน ร้อยละ 43.00 ตามลำดับ

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 68.50 รองลงมา คือ อายุ 70 - 79 ปี จำนวน 106 คน ร้อยละ 26.50 และอายุ 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 20 คน ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 68.25 รองลงมา คือ หม้าย จำนวน 101 คน ร้อยละ 25.25 ถัดมา คือ โสด จำนวน 24 คน ร้อยละ 6.00 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.50 ตามลำดับ

การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 84.75 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 16 คน ร้อยละ 4.00 ถัดมา คือ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 13 คน ร้อยละ 3.25 อนุปริญญา/ปวส. จำนวน 10 คน ร้อยละ 2.50 และไม่ได้เรียน จำนวน 9 คน ร้อยละ 2.25 ตามลำดับ

อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 37.75 รองลงมา คือ เกษตรกร จำนวน 140 คน ร้อยละ 35.00 ถัดมา คือ รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ จำนวน 20 คน ร้อยละ 5.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 18 คน ร้อยละ 18.00 ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 14 คน ร้อยละ 3.50 และอื่นๆ เช่น ค้าขาย จักสาน จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.75 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 365 คน คิดเป็นร้อยละ 91.25 รองลงมา คือ 10,000 - 50,000 บาท จำนวน 24 คน ร้อยละ 6.00 และไม่มีรายได้ จำนวน 11 คน ร้อยละ 2.75 ตามลำดับ

สิทธิการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาจากบัตรสวัสดิการของรัฐ/บัตรทอง จำนวน 345 คน คิดเป็นร้อยละ 86.25 รองลงมา คือ เบิกตรง จำนวน 40 คน ร้อยละ 10.00 ถัดมา คือ ประกันสังคม จำนวน 13 คน ร้อยละ 3.25 และชำระเงินเอง จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.50 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมาแล้ว 6 - 10 ปี จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 28.25 รองลงมา คือ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 101 คน ร้อยละ 25.25 ถัดมา คือ 1 - 5 ปี จำนวน 100 คน ร้อยละ 25.00 และ 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 86 คน ร้อยละ 21.50 ตามลำดับ

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 1 - 3 คน จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 65.25 รองลงมา คือ 4 - 6 คน จำนวน 130 คน ร้อยละ 32.50 และ 7 คน ขึ้นไป จำนวน 9 คน ร้อยละ 2.25 ตามลำดับ

ด้านระบบบริการสุขภาพ

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา 2) การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ และ 3) การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ แสดงผลการศึกษาในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

(n = 400)

ปัจจัย	ระดับด้านระบบบริการสุขภาพ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา	1.80	0.94	ปานกลาง	1
2. การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ	1.63	0.98	ปานกลาง	2
3. การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ	1.35	1.01	น้อย	3
ภาพรวม	1.59	0.98	ปานกลาง	

จากตารางที่ 14 พบว่า ระดับด้านระบบบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.59$, S.D. = 0.98) โดยปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา ($\bar{x} = 1.80$, S.D. = 0.94) รองลงมา คือ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 1.63$, S.D. = 0.98) และ การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.35$, S.D. = 1.01) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาปัจจัยในแต่ละข้อคำถาม แสดงในตารางที่ 15 - 17

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา

(n = 400)

ข้อคำถาม	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. การรับบริการตรวจสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ	1.85	0.92	ปานกลาง	1
2. การรับบริการตรวจสุขภาพตามสิทธิการรักษาที่ได้รับ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม เบิกได้ เป็นต้น	1.75	0.95	ปานกลาง	2
ภาพรวม	1.80	0.94	ปานกลาง	

จากตารางที่ 15 คำถามของปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.80$, S.D. = 0.94) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) การรับบริการตรวจสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ ($\bar{x} = 1.85$, S.D. = 0.92) และ 2) การรับบริการตรวจสุขภาพตามสิทธิการรักษาที่ได้รับ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม เบิกได้ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.95) ตามลำดับ

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ

(n = 400)

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. การไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำหรือข้อมูลสุขภาพ	1.71	0.95	ปานกลาง	1
2. การเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพหรือรับคำแนะนำด้านสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข	1.54	1.00	ปานกลาง	2
ภาพรวม	1.63	0.98	ปานกลาง	

จากตารางที่ 16 คำถามของปัจจัยการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.63$, S.D. = 0.98) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) การไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำหรือข้อมูลสุขภาพ ($\bar{x} = 1.71$, S.D. = 0.95) และ 2) การเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพหรือรับคำแนะนำด้านสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.54$, S.D. = 1.00) ตามลำดับ

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

(n = 400)

ข้อคำถาม	ระดับการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. การใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือชุมชน	1.11	1.00	น้อย	2
2. การได้รับบริการเยี่ยมบ้าน แนะนำ ให้คำปรึกษา โดยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) หรือจิตอาสา	1.58	1.02	ปานกลาง	1
ภาพรวม	1.35	1.01	น้อย	

จากตารางที่ 17 คำถามของปัจจัยการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.35$, S.D. = 1.01) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) การได้รับบริการเยี่ยมบ้าน แนะนำ ให้คำปรึกษาโดยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) หรือจิตอาสา ($\bar{x} = 1.58$, S.D. = 1.02) และ 2) การใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.11$, S.D. = 1.00) ตามลำดับ

ด้านสังคมและวัฒนธรรม

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) กิจกรรมนันทนาการ 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม และ 3) การสนับสนุนทางสังคม แสดงผลการศึกษาในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

(n = 400)

ปัจจัย	ระดับด้านสังคมและวัฒนธรรม			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. กิจกรรมนันทนาการ	2.04	0.85	ปานกลาง	1
2. การมีส่วนร่วมทางสังคม	1.61	0.97	ปานกลาง	3
3. การสนับสนุนทางสังคม	2.03	0.83	ปานกลาง	2
ภาพรวม	1.89	0.88	ปานกลาง	

จากตารางที่ 18 พบว่า ระดับด้านสังคมและวัฒนธรรม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.89$, S.D. = 0.88) โดยที่ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ กิจกรรมนันทนาการ ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 0.85) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{x} = 2.03$, S.D. = 0.83) และการมีส่วนร่วมทางสังคม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.61$, S.D. = 0.97) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาปัจจัยในแต่ละข้อคำถาม แสดงในตารางที่ 19 - 21

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยกิจกรรมนันทนาการ

(n = 400)

ข้อความ	ระดับกิจกรรมนันทนาการ			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมหรือทำกิจกรรมร่วมกัน	2.05	0.87	ปานกลาง	2
2. เพื่อนบ้านมาเยี่ยมหรือทำกิจกรรมร่วมกัน	1.91	0.91	ปานกลาง	3
3. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรม ท้องถิ่น	2.16	0.77	ปานกลาง	1
ภาพรวม	2.04	0.85	ปานกลาง	

จากตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยของปัจจัยกิจกรรมนันทนาการ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 0.85) ประกอบด้วยข้อความ 3 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรมท้องถิ่น ($\bar{x} = 2.16$, S.D. = 0.77) รองลงมา คือ 2) สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ($\bar{x} = 2.05$, S.D. = 0.87) และ 3) เพื่อนบ้านมาเยี่ยมหรือทำกิจกรรมร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.91$, S.D. = 0.91) ตามลำดับ

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการมีส่วนร่วมทางสังคม

(n = 400)

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ ของชุมชน	1.77	0.92	ปานกลาง	2
2. ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก	1.28	1.13	น้อย	3
3. ไปทำกิจกรรมสังสรรค์ พบปะกับญาติ เพื่อนหรือบุคคลอื่น	1.78	0.85	ปานกลาง	1
ภาพรวม	1.61	0.97	ปานกลาง	

จากตารางที่ 20 คำถามของปัจจัยการมีส่วนร่วมทางสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.61$, S.D. = 0.97) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) ไปทำกิจกรรมสังสรรค์ พบปะกับญาติ เพื่อนหรือบุคคลอื่น ($\bar{x} = 1.78$, S.D. = 0.85) รองลงมา คือ 2) ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ ของชุมชน ($\bar{x} = 1.77$, S.D. = 0.92) และ 3) ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.28$, S.D. = 1.13) ตามลำดับ

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

(n = 400)

ข้อคำถาม	ระดับการสนับสนุนทางสังคม			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวผู้สูงอายุส่งเสริมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ	1.96	0.84	ปานกลาง	6
2. สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวผู้สูงอายุ ดูแลส่งเสริม เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุข เช่น อำนวยความสะดวกรับส่ง	1.99	0.85	ปานกลาง	5
3. สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำอารมณ์ให้ผ่อนคลายแก่ผู้สูงอายุ	2.07	0.83	ปานกลาง	3
4. สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวแนะนำให้ผู้สูงอายุ สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย และสามารถบอกการปฏิบัติตัวให้แก่ท่านได้	1.97	0.84	ปานกลาง	2
5. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน ญาติพี่น้องและชุมชน เช่น เข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมของชุมชน	2.12	0.75	ปานกลาง	1
6. ผู้สูงอายุมีคนที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่องหรือเมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวได้และสังคมนรอบตัวผู้สูงอายุได้	2.05	0.85	ปานกลาง	4
ภาพรวม	2.03	0.83	ปานกลาง	

จากตารางที่ 21 คำถามของปัจจัยการมีส่วนร่วมทางสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.03$, S.D. = 0.83) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน ญาติพี่น้องและชุมชน เช่น เข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมของชุมชน ($\bar{x} = 2.12$, S.D. = 0.75) รองลงมา คือ 2) สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวแนะนำให้ผู้สูงอายุสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย และสามารถบอกการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้สูงอายุได้ ($\bar{x} = 1.97$, S.D. = 0.84) ถัดมา คือ 3) สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำอารมณ์ให้ผ่อนคลายแก่ผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 2.07$, S.D. = 0.83) 4) ผู้สูงอายุมีคนทที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่องหรือเมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวได้และสังคมนรอบตัวผู้สูงอายุได้ ($\bar{x} = 2.05$, S.D. = 0.85) 5) สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวผู้สูงอายุดูแลส่งเสริมเมื่อต้องไปพบแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุข เช่น อำนวยความสะดวกรับส่ง ($\bar{x} = 1.99$, S.D. = 0.85) และ 6) สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมนรอบตัวทำนส่งเสริมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.96$, S.D. = 0.84) ตามลำดับ

ด้านจิตวิทยา

ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 1) ความสุข 2) ความรับผิดชอบต่อสังคม 3) การแสดงออกทางอารมณ์ และ 4) การควบคุมอารมณ์ของตนเอง แสดงผลการศึกษาในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านจิตวิทยา

(n = 400)

ปัจจัย	ระดับด้านจิตวิทยา			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ความสุข	2.28	0.55	ปานกลาง	2
2. ความรับผิดชอบต่อสังคม	2.27	0.59	ปานกลาง	3
3. การแสดงออกทางอารมณ์	2.34	0.60	ปานกลาง	1
4. การควบคุมอารมณ์ของตนเอง	1.82	0.75	ปานกลาง	4
ภาพรวม	2.18	0.62	ปานกลาง	

จากตารางที่ 22 พบว่า ระดับด้านจิตวิทยา ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = 0.62) โดยที่ปัจจัยย่อยที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การแสดงออกทางอารมณ์ ($\bar{x} = 2.34$, S.D. = 0.60) รองลงมา คือ ความสุข ($\bar{x} = 2.28$, S.D. = 0.55) ถัดมา คือ ความรับผิดชอบต่อสังคม ($\bar{x} = 2.27$, S.D. = 0.59) และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.82$, S.D. = 0.75) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษานี้ปัจจัยในแต่ละข้อคำถาม แสดงในตารางที่ 23 - 26

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยความสุข

(n = 400)

ข้อคำถาม	ระดับความสุข			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ผู้สูงอายุรู้สึกที่ชีวิตผู้สูงอายุมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์)	2.40	0.64	ปานกลาง	4
2. ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข	2.39	0.52	ปานกลาง	5
3. ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลใจ (*)	2.20	0.61	ปานกลาง	11
4. ผู้สูงอายุพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	2.17	0.42	ปานกลาง	12
5. ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	2.27	0.50	ปานกลาง	9
6. ผู้สูงอายุเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขได้	1.88	0.61	ปานกลาง	15
7. ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	1.90	0.63	ปานกลาง	14
8. ผู้สูงอายุรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	2.31	0.54	ปานกลาง	8
9. ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	2.25	0.52	ปานกลาง	10
10. ผู้สูงอายุพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง	2.37	0.50	ปานกลาง	7
11. ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจในตนเอง	2.38	0.54	ปานกลาง	6
12. ผู้สูงอายุมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการ	2.08	0.59	ปานกลาง	13
13. ครอบครัวของผู้สูงอายุมีความรักและผูกพันต่อกัน	2.56	0.55	ดี	2
14. ถ้าผู้สูงอายุป่วย ผู้สูงอายุมั่นใจว่าครอบครัวของผู้สูงอายุจะดูแลเป็นอย่างดี	2.54	0.58	ดี	3
15. สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ	2.57	0.57	ดี	1
ภาพรวม	2.28	0.55	ปานกลาง	

หมายเหตุ (*) คือ ข้อคำถามทางลบ (เชิงนิเสธ)

จากตารางที่ 23 คำถามของปัจจัยความสุข ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.28$, S.D. = 0.55) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 2.57$, S.D. = 0.57) รองลงมา คือ 2) ครอบครัวของผู้สูงอายุมีความรักและผูกพันต่อกัน ($\bar{x} = 2.56$, S.D. = 0.55) ถัดมา คือ 3) ถ้าผู้สูงอายุป่วย ผู้สูงอายุมั่นใจว่าครอบครัวของผู้สูงอายุจะดูแลเป็นอย่างดี ($\bar{x} = 2.54$, S.D. = 0.58) 4) ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์) ($\bar{x} = 2.40$, S.D. = 0.64) 5) ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตของผู้สูงอายุมีความสุข ($\bar{x} = 2.39$, S.D. = 0.52) 6) ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจในตนเอง ($\bar{x} = 2.38$, S.D. = 0.54) 7) ผู้สูงอายุพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง ($\bar{x} = 2.37$, S.D. = 0.50) 8) ผู้สูงอายุรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น ($\bar{x} = 2.31$, S.D. = 0.54) 9) ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ($\bar{x} = 2.27$, S.D. = 0.50) 10) ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ ($\bar{x} = 2.25$, S.D. = 0.52) 11) ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลใจ ($\bar{x} = 2.20$, S.D. = 0.61) 12) ผู้สูงอายุพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น ($\bar{x} = 2.17$, S.D. = 0.42) 13) ผู้สูงอายุมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการ ($\bar{x} = 2.08$, S.D. = 0.59) 14) ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) ($\bar{x} = 1.90$, S.D. = 0.63) และ 15) ผู้สูงอายุเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.88$, S.D. = 0.61) ตามลำดับ

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยความรับผิดชอบต่อสังคม

(n = 400)

ข้อคำถาม	ระดับความรับผิดชอบต่อสังคม			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ผู้สูงอายุยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำต่างจากที่ผู้สูงอายุคิด	2.07	0.60	ปานกลาง	3
2. เมื่อผู้สูงอายุทำผิด ผู้สูงอายุสามารถกล่าวคำขอโทษผู้อื่นได้	2.45	0.65	ปานกลาง	1
3. ถึงแม้ผู้สูงอายุจะเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ผู้สูงอายุก็ยินดี	2.28	0.53	ปานกลาง	2
ภาพรวม	2.27	0.59	ปานกลาง	

จากตารางที่ 24 คำถามของปัจจัยความรับผิดชอบต่อสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.27, S.D. = 0.59$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) เมื่อผู้สูงอายุทำผิด ผู้สูงอายุสามารถกล่าวโทษผู้อื่นได้ ($\bar{x} = 2.45, S.D. = 0.65$) รองลงมา คือ 2) ถึงแม้ผู้สูงอายุจะเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ผู้สูงอายุก็ยินดี ($\bar{x} = 2.28, S.D. = 0.53$) และ 3) ผู้สูงอายุยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำต่างจากที่ผู้สูงอายุคิด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 2.07, S.D. = 0.60$) ตามลำดับ

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์

(n = 400)

ข้อคำถาม	ระดับการแสดงออกทางอารมณ์			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่กับผู้อื่น	2.38	0.60	ปานกลาง	2
2. ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมหรือท่าทางเมื่อผู้สูงอายุรู้สึก ดีใจ พึงพอใจ ชื่นชม เป็นต้น	2.41	0.59	ปานกลาง	1
3. เมื่อผู้สูงอายุต้องการรู้จักบุคคลหนึ่ง ผู้สูงอายุจะแสดงความต้องการที่จะรู้จักโดยการทักทาย หรือพูดคุย หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลผู้นั้น	2.23	0.61	ปานกลาง	3
ภาพรวม	2.34	0.60	ปานกลาง	

จากตารางที่ 25 คำถามของปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.34, S.D. = 0.60$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมหรือท่าทางเมื่อผู้สูงอายุรู้สึก ดีใจ พึงพอใจ ชื่นชม เป็นต้น ($\bar{x} = 2.41, S.D. = 0.59$) รองลงมา คือ 2) ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่กับผู้อื่น ($\bar{x} = 2.38, S.D. = 0.60$) และ 3) เมื่อผู้สูงอายุต้องการรู้จักบุคคลหนึ่ง ผู้สูงอายุจะแสดงความต้องการที่จะรู้จักโดยการทักทาย หรือพูดคุย หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลผู้นั้น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 2.23, S.D. = 0.61$) ตามลำดับ

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง

(n = 400)

ข้อความ	ระดับการควบคุมอารมณ์ของตนเอง			
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. เมื่อถูกขัดใจ ผู้สูงอายุมักรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้	1.22	1.04	น้อย	3
2. เมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ผู้สูงอายุจะอธิบายเหตุผลจนผู้อื่นยอมรับได้	1.99	0.61	ปานกลาง	2
3. ผู้สูงอายุสามารถรอคอย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ	2.24	0.60	ปานกลาง	1
ภาพรวม	1.82	0.75	ปานกลาง	

จากตารางที่ 26 ค่าถามของปัจจัยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.82$, S.D. = 0.75) ประกอบด้วยข้อความ 3 ข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) ผู้สูงอายุสามารถรอคอย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ ($\bar{x} = 2.24$, S.D. = 0.60) รองลงมา คือ 2) เมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ผู้สูงอายุจะอธิบายเหตุผลจนผู้อื่นยอมรับได้ ($\bar{x} = 1.99$, S.D. = 0.61) และ 3) เมื่อถูกขัดใจ ผู้สูงอายุมักรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.22$, S.D. = 1.04) ตามลำดับ

การทดสอบความสัมพันธ์ด้านชีวสังคม ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านชีวสังคม ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) การศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ต่อเดือน 7) สิทธิการรักษา 8) ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว และ 9) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ t - test และ One - Way ANOVA แสดงผลการศึกษาในตารางที่ 27 - 36

ตารางที่ 27 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามเพศ โดยภาพรวม

(n = 400)

t - test for Equality of Means						
ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	เพศ	จำนวน	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ชาย	172	2.24	0.57	0.892	0.373
	หญิง	228	2.19	0.52		
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ชาย	172	2.63	0.30	1.173	0.241
	หญิง	228	2.59	0.32		
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ชาย	172	2.05	0.65	-0.488	0.626
	หญิง	228	2.02	0.58		
ทักษะการตัดสินใจ	ชาย	172	2.17	0.41	-0.189	0.850
	หญิง	228	2.18	0.38		
ทักษะการจัดการตนเอง	ชาย	172	1.85	0.83	-1.268	0.206
	หญิง	228	1.95	0.67		
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ชาย	172	1.53	0.61	0.236*	0.002
	หญิง	228	1.72	0.58		
ภาพรวม	ชาย	172	2.08	0.37	-0.857	0.392
	หญิง	228	2.11	0.33		

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 27 พบว่า โดยภาพรวม เพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($t = -0.857$, $p\text{-value} = 0.392$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($t = 0.236$, $p\text{-value} = 0.002$) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่เพศหญิง ($\bar{x} = 1.72$) มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อมากกว่าเพศชาย ($\bar{x} = 1.53$) ตามลำดับ

ตารางที่ 28 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามอายุ โดยภาพรวม

(n = 400)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	4.141	2	2.070		
	ภายในกลุ่ม	112.244	397	0.283	7.323**	0.001
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	0.651	2	0.325		
	ภายในกลุ่ม	38.428	397	0.097	3.360*	0.036
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	0.844	2	0.422		
	ภายในกลุ่ม	147.841	397	0.372	1.134	0.323
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	1.659	2	0.830		
	ภายในกลุ่ม	59.728	397	0.150	5.514**	0.004
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2.938	2	1.469		
	ภายในกลุ่ม	216.334	397	0.545	2.696	0.069
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	0.000	2	0.000		
	ภายในกลุ่ม	144.780	397	0.365	0.000	1.000
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	1.181	2	0.590		
	ภายในกลุ่ม	46.171	397	0.116	5.076**	0.007
	รวม	47.351	399			

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 28 พบว่า โดยภาพรวม อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F = 5.076$, $p\text{-value} = 0.007$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($F = 7.323$, $p\text{-value} = 0.001$) 2) ทักษะการตัดสินใจ ($F = 5.514$, $p\text{-value} = 0.004$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ($F = 3.360$, $p\text{-value} = 0.036$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 29 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามสถานภาพสมรส โดยภาพรวม (n = 400)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2.013	3	0.671	2.323	0.075
	ภายในกลุ่ม	114.372	396	0.289		
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	0.308	3	0.103	1.047	0.372
	ภายในกลุ่ม	38.771	396	0.098		
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	1.566	3	0.522	1.405	0.241
	ภายในกลุ่ม	147.119	396	0.372		
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	0.539	3	0.180	1.170	0.321
	ภายในกลุ่ม	60.848	396	0.154		
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	0.099	3	0.033	0.060	0.981
	ภายในกลุ่ม	219.173	396	0.553		
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	0.356	3	0.119	0.325	0.807
	ภายในกลุ่ม	144.425	396	0.365		
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.173	3	0.058	0.485	0.693
	ภายในกลุ่ม	47.178	396	0.119		
	รวม	47.351	399			

จากตารางที่ 29 พบว่า โดยภาพรวม สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($F = 0.485$, $p\text{-value} = 0.693$)

ตารางที่ 30 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามการศึกษา โดยภาพรวม
($n = 400$)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2.190	5	0.438	1.511	0.185
	ภายในกลุ่ม	114.195	394	0.290		
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	.658	5	0.132	1.350	0.242
	ภายในกลุ่ม	38.420	394	0.098		
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	0.960	5	0.192	0.512	0.767
	ภายในกลุ่ม	147.726	394	0.375		
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	1.826	5	0.365	2.416*	0.036
	ภายในกลุ่ม	59.562	394	0.151		
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	4.411	5	0.882	1.618	0.154
	ภายในกลุ่ม	214.861	394	0.545		
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	3.980	5	0.796	2.227	0.051
	ภายในกลุ่ม	140.801	394	0.357		
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.876	5	0.175	1.484	0.194
	ภายในกลุ่ม	46.476	394	0.118		
	รวม	47.351	399			

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 30 พบว่า โดยภาพรวม การศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($F = 1.484$, $p\text{-value} = 0.194$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการตัดสินใจ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 2.416$, $p\text{-value} = 0.036$) ตามลำดับ

ตารางที่ 31 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามอาชีพ โดยภาพรวม

(n = 400)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	5.313	5	1.063		
	ภายในกลุ่ม	111.072	394	0.282	3.769**	0.002
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	1.476	5	0.295		
	ภายในกลุ่ม	37.602	394	0.095	3.093**	0.009
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	1.258	5	0.252		
	ภายในกลุ่ม	147.427	394	0.374	0.673	0.644
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	1.374	5	0.275		
	ภายในกลุ่ม	60.014	394	0.152	1.804	0.111
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	13.835	5	2.767		
	ภายในกลุ่ม	205.437	394	0.521	5.307**	0.000
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	5.756	5	1.151		
	ภายในกลุ่ม	139.025	394	0.353	3.262**	0.007
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	2.328	5	0.466		
	ภายในกลุ่ม	45.023	394	0.114	4.075**	0.001
	รวม	47.351	399			

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

จากตารางที่ 31 พบว่า โดยภาพรวม อาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($F = 4.075$, $p\text{-value} = 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($F = 3.769$, $p\text{-value} = 0.002$) 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ($F = 3.093$, $p\text{-value} = 0.009$) 3) ทักษะการจัดการตนเอง ($F = 5.307$, $p\text{-value} = 0.000$) และ 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($F = 3.262$, $p\text{-value} = 0.007$) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 32 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน โดยภาพรวม

($n = 400$)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2.106	2	1.053	3.658*	0.027
	ภายในกลุ่ม	114.279	397	0.288		
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	1.474	2	0.737	7.738**	0.000
	ภายในกลุ่ม	37.604	397	0.095		
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	1.734	2	0.867	2.342	0.097
	ภายในกลุ่ม	146.951	397	0.370		
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	2.776	2	1.388	9.401**	0.000
	ภายในกลุ่ม	58.612	397	0.148		
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2.004	2	1.002	1.831	0.162
	ภายในกลุ่ม	217.268	397	0.547		
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	3.017	2	1.509	4.225*	0.015
	ภายในกลุ่ม	141.763	397	0.357		
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	1.433	2	0.717	6.195**	0.002
	ภายในกลุ่ม	45.918	397	0.116		
	รวม	47.351	399			

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 32 พบว่า โดยภาพรวม รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($F = 6.195$, $p\text{-value} = 0.002$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ($F = 7.738$, $p\text{-value} = 0.000$) 2) ทักษะการตัดสินใจ ($F = 9.401$, $p\text{-value} = 0.000$) มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($F = 3.658$, $p\text{-value} = 0.027$) และ 2) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($F = 4.225$, $p\text{-value} = 0.015$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 33 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามสิทธิการรักษา โดยภาพรวม

(n = 400)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	0.649	3	0.216	0.740	0.529
	ภายในกลุ่ม	115.736	396	0.292		
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	1.397	3	0.466	4.895**	0.002
	ภายในกลุ่ม	37.681	396	0.095		
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	0.889	3	0.296	0.794	0.498
	ภายในกลุ่ม	147.796	396	0.373		
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	1.413	3	0.471	3.111*	0.026
	ภายในกลุ่ม	59.974	396	0.151		
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2.175	3	0.725	1.323	0.267
	ภายในกลุ่ม	217.097	396	0.548		
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	5.490	3	1.830	5.203**	0.002
	ภายในกลุ่ม	139.290	396	0.352		
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.347	3	0.116	0.975	0.405
	ภายในกลุ่ม	47.004	396	0.119		
	รวม	47.351	399			

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 33 พบว่า โดยภาพรวม สิทธิการรักษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($F = 0.781$, $p\text{-value} = 0.538$) เมื่อพิจารณา รายได้ พบว่า 1) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ($F = 4.895$, $p\text{-value} = 0.002$) และ 2) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($F = 5.203$, $p\text{-value} = 0.002$) มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนทักษะการตัดสินใจ ($F = 3.111$, $p\text{-value} = 0.026$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 34 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว โดยภาพรวม (n = 400)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2.276	3	0.759	2.633	0.050
	ภายในกลุ่ม	114.109	396	0.288		
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	0.661	3	0.220	2.271	0.080
	ภายในกลุ่ม	38.417	396	0.097		
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	5.075	3	1.692	4.665**	0.003
	ภายในกลุ่ม	143.610	396	0.363		
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	0.204	3	0.068	0.440	0.724
	ภายในกลุ่ม	61.184	396	0.155		
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	6.123	3	2.041	3.792*	0.011
	ภายในกลุ่ม	213.149	396	0.538		
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	3.289	3	1.096	3.068*	0.028
	ภายในกลุ่ม	141.491	396	0.357		
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	1.054	3	0.351	3.006*	0.030
	ภายในกลุ่ม	46.297	396	0.117		
	รวม	47.351	399			

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 34 พบว่า โดยภาพรวม ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($F = 3.006$, $p\text{-value} = 0.030$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($F = 4.665$, $p\text{-value} = 0.003$) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน 1) ทักษะการจัดการตนเอง ($F = 3.792$, $p\text{-value} = 0.011$) และ 2) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($F = 3.068$, $p\text{-value} = 0.028$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 35 ผลการทดสอบความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน โดยภาพรวม

(n = 400)

ตัวแปรที่ใช้ทดสอบ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	1.510	2	0.755	2.609	0.075
	ภายในกลุ่ม	114.875	397	0.289		
	รวม	116.385	399			
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ระหว่างกลุ่ม	0.242	2	0.121	1.239	0.291
	ภายในกลุ่ม	38.836	397	0.098		
	รวม	39.078	399			
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	0.654	2	0.327	0.877	0.417
	ภายในกลุ่ม	148.032	397	0.373		
	รวม	148.685	399			
ทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	0.085	2	0.043	0.277	0.758
	ภายในกลุ่ม	61.302	397	0.154		
	รวม	61.388	399			
ทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	4.575	2	2.288	4.230*	0.015
	ภายในกลุ่ม	214.696	397	0.541		
	รวม	219.272	399			
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	0.615	2	0.307	0.846	0.430
	ภายในกลุ่ม	144.166	397	0.363		
	รวม	144.780	399			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.293	2	0.147	1.237	0.291
	ภายในกลุ่ม	47.058	397	0.119		
	รวม	47.351	399			

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 35 พบว่า โดยภาพรวม จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ($F = 1.237$, $p\text{-value} = 0.291$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการจัดการตนเอง ($F = 4.230$, $p\text{-value} = 0.015$) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 36 สรุปผลการทดสอบแต่ละตัวแปรของด้านชีวิตสังคม ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

(n = 400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่				
ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	t/F	p-value
1. รายได้ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	2.16	0.27	6.195**	0.002
ต่ำกว่า 10,000 บาท	2.08	0.34		
10,000 - 50,000 บาท	2.33	0.35		
2. อายุ				
60 - 69 ปี	2.13	0.34	5.076**	0.007
60 - 69 ปี	2.02	0.34		
70 ปี ขึ้นไป	1.99	0.35		
3. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.02	0.33	4.075**	0.001
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	2.31	0.30		
ธุรกิจส่วนตัว	2.08	0.20		
เกษตรกร	2.04	0.36		
รับจ้างทั่วไป	2.15	0.33		
อื่นๆ เช่น ค้าขาย จักสาน	2.36	0.24		
4. ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	2.05	0.39	3.006*	0.030
1 - 5 ปี	2.16	0.33		
6 - 10 ปี	2.13	0.27		
5. เพศ				
ชาย	2.08	0.37	-0.857	0.392
หญิง	2.11	0.33		

ตารางที่ 36 (ต่อ)

(n = 400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่				
ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	t/F	p-value
6. สถานภาพสมรส				
โสด	2.10	0.32		
สมรส	2.11	0.35	0.485	0.693
หม้าย	2.06	0.33		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2.07	0.07		
7. การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2.03	0.40		
ประถมศึกษา	2.09	0.35		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.07	0.25	1.484	0.194
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2.08	0.29		
อนุปริญญา/ปวส.	2.09	0.31		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.35	0.32		
8. สิทธิการรักษา				
บัตรสวัสดิการของรัฐ/บัตรทอง	2.09	0.34		
ประกันสังคม	2.21	0.30	0.975	0.405
เบิกตรง	2.09	0.37		
ชำระเงินเอง	1.81	0.59		
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน				
1 - 3 คน	2.09	0.35		
4 - 6 คน	2.12	0.34	1.237	0.291
7 คน ขึ้นไป	1.95	0.30		

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 36 พบว่า รายได้ต่อเดือน ($F = 6.195$, $p\text{-value} = 0.002$) อายุ ($F = 5.076$, $p\text{-value} = 0.007$) อาชีพ ($F = 4.075$, $p\text{-value} = 0.001$) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว ($F = 3.006$, $p\text{-value} = 0.030$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สิทธิการรักษา และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

การทดสอบความสัมพันธ์ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัยได้ทดสอบด้วยการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) จากนั้นนำตัวแปรมาพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยได้จากสมการ

$$\hat{Y} = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k \quad (\text{คะแนนดิบ})$$

$$\hat{Z} = \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_kx_k \quad (\text{คะแนนมาตรฐาน})$$

ผู้วิจัยได้กำหนดชื่อตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านระบบบริการสุขภาพ 2) ด้านสังคมและวัฒนธรรม และ 3) ด้านจิตวิทยา เพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายผลการศึกษาและทำความเข้าใจ แสดงในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 ตัวแปรพยากรณ์และความหมาย

ตัวแปรพยากรณ์	ความหมาย
System _H	ด้านระบบบริการสุขภาพ
Social _C	ด้านสังคมและวัฒนธรรม
Psycho _L	ด้านจิตวิทยา

ตารางที่ 38 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

(n = 400)

ตัวแปร	System _H	Social _C	Psycho _L	\bar{x}	S.D.
System _H	1.000	0.687	0.470	1.59	0.82
Social _C		1.000	0.540	1.89	0.88
Psycho _L			1.000	2.18	0.62

จากตารางที่ 38 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ด้าน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.470 ถึง 0.765 โดยตัวแปรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เชิงบวก คือ คู่ที่ 1 ตัวแปรด้านระบบบริการสุขภาพกับด้านสังคมและวัฒนธรรม คู่ที่ 2 ตัวแปรด้านระบบการสุขภาพกับด้านจิตวิทยา คู่ที่ 3 ตัวแปรด้านสังคมและวัฒนธรรมกับด้านจิตวิทยา โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.765, 0.470 และ 0.540 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.800 ดังนั้นถือว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104 - 105)

ตารางที่ 39 การถดถอยพหุคูณของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 3 ด้าน ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยภาพรวม

(n = 400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่							
ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t	p-value	Tolerance	VIF
Constant	1.036	0.092		11.289**	0.000		
System _H	0.187	0.023	0.464	8.235**	0.000	0.411	2.433
Social _C	0.068	0.030	0.136	2.255*	0.025	0.359	2.786
Psycho _L	0.252	0.047	0.291	6.209**	0.000	0.793	1.261
F			85.380**				
R			0.756				
R Square (R ²)			0.572				
Adjusted R Square (Adjusted R ²)			0.564				
SE _{est}			0.219				
Durbin - Watson			1.721				

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < 0.01)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05)

จากตารางที่ 39 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ของด้านระบบบริการสุขภาพ (System_H) ด้านจิตวิทยา (Psycho_L) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social_C) มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณอยู่ในระดับปานกลาง (R = 0.756) มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว ร้อยละ 56.40 (Adjusted R² = 0.564) และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.219 (SE_{est} = 0.219) โดยด้านที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ มากที่สุด คือ ด้านจิตวิทยา (Psycho_L, b = 0.252, β = 0.291) รองลงมา คือ ด้านระบบบริการสุขภาพ (System_H, b = 0.187, β = 0.464) และด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social_C, b = 0.068, β = 0.136) ตามลำดับ โดยเขียนสมการการถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 1.036 + 0.252(\text{Psyco}_L) + 0.187(\text{System}_H) + 0.068(\text{Social}_C)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.291(\text{Psyco}_L) + 0.464(\text{System}_H) + 0.136(\text{Social}_C)$$

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตัวแปรย่อยทั้ง 3 ด้าน มีทั้งหมด 10 ตัวแปรย่อย ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ พร้อมกับได้กำหนดชื่อย่อของตัวแปรย่อยที่ใช้ในการพยากรณ์ เพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายผลการศึกษา และทำความเข้าใจ แสดงในตารางที่ 40

ตารางที่ 40 ตัวแปรย่อยและความหมาย

ตัวแปรย่อย	ความหมาย
1. ด้านระบบบริการสุขภาพ	
System _{H1}	การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา
System _{H2}	การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ
System _{H3}	การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ
2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม	
Social _{C1}	กิจกรรมนันทนาการ
Social _{C2}	การมีส่วนร่วมทางสังคม
Social _{C3}	การสนับสนุนทางสังคม
3. ด้านจิตวิทยา	
Psyco _{L1}	ความสุข
Psyco _{L2}	ความรับผิดชอบต่อสังคม
Psyco _{L3}	การแสดงออกทางอารมณ์
Psyco _{L4}	การควบคุมอารมณ์ของตนเอง

ตารางที่ 41 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

(n = 400)

ตัวแปรย่อย	System _{H1}	System _{H2}	System _{H3}	Social _{C1}	Social _{C2}	Social _{C3}	Psycho _{L1}	Psycho _{L2}	Psycho _{L3}	Psycho _{L4}	\bar{x}	S.D.
System _{H1}	1.000	0.650	0.675	0.611	0.483	0.698	0.366	0.315	0.444	0.555	1.80	0.94
System _{H2}		1.000	0.699	0.625	0.567	0.655	0.492	0.338	0.428	0.608	1.63	0.98
System _{H3}			1.000	0.521	0.548	0.649	0.341	0.389	0.457	0.520	1.35	1.01
Social _{C1}				1.000	0.670	0.681	0.491	0.453	0.361	0.413	2.04	0.85
Social _{C2}					1.000	0.636	0.270	0.429	0.324	0.412	1.61	0.97
Social _{C3}						1.000	0.415	0.435	0.391	0.689	2.03	0.83
Psycho _{L1}							1.000	0.599	0.437	0.444	2.28	0.55
Psycho _{L2}								1.000	0.644	0.589	2.27	0.59
Psycho _{L3}									1.000	0.422	2.34	0.60
Psycho _{L4}										1.000	1.82	0.75

จากตารางที่ 41 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อยทั้ง 3 ด้าน มีทั้งหมด 10 ตัวแปร โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง 0.315 ถึง 0.699 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.800 ดังนั้นถือได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104 - 105)

ตารางที่ 42 การถดถอยพหุคูณของตัวแปรย่อย ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

(n = 400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่							
ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t	p-value	Tolerance	VIF
Constant	1.053	0.094		11.150**	0.000		
System _{H1}	-0.038	0.027	-0.100	-1.371	0.171	0.215	4.651
System _{H2}	0.130	0.029	0.355	4.508**	0.000	0.277	3.610
System _{H3}	0.070	0.020	0.186	3.438**	0.001	0.389	2.571
Social _{C1}	-0.021	0.029	-0.046	-0.739	0.461	0.299	3.344
Social _{C2}	0.082	0.023	0.186	3.630**	0.000	0.435	2.299
Social _{C3}	0.069	0.031	0.149	2.207*	0.028	0.250	4.000
Psyco _{L1}	-0.029	0.045	-0.030	-0.640	0.522	0.535	1.869
Psyco _{L2}	0.051	0.040	0.066	1.281	0.201	0.427	2.342
Psyco _{L3}	0.082	0.034	0.110	2.403*	0.017	0.545	1.835
Psyco _{L4}	0.187	0.025	0.268	7.444**	0.000	0.877	1.140
F			49.499**				
R			0.751				
R Square (R ²)			0.564				
Adjusted R Square (Adjusted R ²)			0.552				
SE _{est}			0.224				
Durbin - Watson			1.703				

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < 0.01)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05)

จากตารางที่ 42 พบว่า มีตัวแปรย่อยที่เข้าสู่สมการถดถอย 6 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) การแสดงออกทางอารมณ์ และ 6) การควบคุมอารมณ์ของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณอยู่ในระดับปานกลาง ($R = 0.751$) มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว ร้อยละ 55.20 ($\text{Adjusted } R^2 = 0.552$) และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.224 ($\text{SE}_{\text{est}} = 0.224$) โดยปัจจัยย่อยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ มากที่สุด คือ การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Psyco_{L4} , $b = 0.187$, $\beta = 0.268$) รองลงมา คือ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ (System_{H2} , $b = 0.130$, $\beta = 0.355$) ถัดมา คือ การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social_{C2} , $b = 0.082$, $\beta = 0.186$) การแสดงออกทางอารมณ์ (Psyco_{L3} , $b = 0.082$, $\beta = 0.110$) การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (System_{H3} , $b = 0.070$, $\beta = 0.186$) และการสนับสนุนทางสังคม (Social_{C3} , $b = 0.069$, $\beta = 0.149$) ตามลำดับ โดยเขียนสมการการถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 1.053 + 0.187(\text{Psyco}_{L4}) + 0.130(\text{System}_{H2}) + 0.082(\text{Social}_{C2}) + 0.082(\text{Psyco}_{L3}) + 0.070(\text{System}_{H3}) + 0.069(\text{Social}_{C3})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.286(\text{Psyco}_{L4}) + 0.355(\text{System}_{H2}) + 0.186(\text{Social}_{C2}) + 0.110(\text{Psyco}_{L3}) + 0.186(\text{System}_{H3}) + 0.149(\text{Social}_{C3})$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล ประโยชน์ที่ได้รับ และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ทำให้เข้าใจทราบถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. สรุปผล
2. อภิปรายผล
3. ประโยชน์ที่ได้รับ
4. ข้อเสนอแนะ

สรุปผล

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

จากผลการศึกษาสรุปว่า ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี ส่วนอีก 5 ด้าน คือ 1) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ด้านทักษะการตัดสินใจ 3) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ด้านทักษะการจัดการตนเอง และ 5) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านชีวสังคม

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีสถานภาพเป็นแบบสมรส จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ใช้สิทธิการรักษาจากบัตรสวัสดิการของรัฐหรือบัตรทอง มีโรคประจำตัวเป็นระยะเวลา 6 - 10 ปี และมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 - 3 คน ตามลำดับ

ด้านระบบบริการสุขภาพ

จากผลการศึกษารูปได้ว่า ภาพรวมด้านระบบบริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ

ด้านสังคมและวัฒนธรรม

จากผลการศึกษารูปได้ว่า ภาพรวมด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) กิจกรรมนันทนาการ 2) การสนับสนุนทางสังคม และ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด 3 ด้าน ตามลำดับ

ด้านจิตวิทยา

จากผลการศึกษารูปว่า ภาพรวมด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) การแสดงออกทางอารมณ์ 2) ความสุข 3) ความรับผิดชอบต่อสังคม และ 4) การควบคุมอารมณ์ของตนเอง อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด 4 ด้าน ตามลำดับ

การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านชีวสังคม

เพศ

จากผลการศึกษารูปได้ว่า ภาพรวม เพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่เพศหญิง มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อมากกว่าหรือได้ดีกว่าเพศชาย ส่วนอีก 5 ด้าน คือ 1) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค 3) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ด้านทักษะการตัดสินใจ และ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

อายุ

จากผลการศึกษาสรุปว่า ภาพรวม อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ทักษะการตัดสินใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ภาพรวมและรายด้าน สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อ ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษา

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ภาพรวม การศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะ การตัดสินใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อาชีพ

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ภาพรวม อาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและ การป้องกันโรค ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รายได้ต่อเดือน

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ภาพรวม รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะ การตัดสินใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะ การรู้เท่าทันสื่อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สิทธิการรักษา

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ภาพรวม สิทธิการรักษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนทักษะการตัดสินใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว

จากผลการศึกษารูปได้ว่า ภาพรวม ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จากผลการศึกษารูปได้ว่า ภาพรวม จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการจัดการตนเอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา

จากผลการศึกษารูปได้ว่า ภาพรวม ด้านจิตวิทยา มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รองลงมา คือ ด้านระบบบริการสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านสังคมและวัฒนธรรม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ทั้ง 3 ด้านสามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 56.40 ตามลำดับ ได้สมการการถดถอยพหุคูณเป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 1.036 + 0.252(\text{Psycho}_L) + 0.187(\text{System}_H) + 0.068(\text{Social}_L)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.291(\text{Psycho}_L) + 0.464(\text{System}_H) + 0.136(\text{Social}_L)$$

เมื่อพิจารณารายด้านย่อย พบว่า การควบคุมอารมณ์ของตนเองมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา คือ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ถัดมา คือ การมีส่วนร่วมทางสังคม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การแสดงออกทางอารมณ์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ สามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 55.20 ได้สมการการถดถอยพหุคูณเป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 1.053 + 0.187(\text{Psycho}_{L4}) + 0.130(\text{System}_{H2}) + 0.082(\text{Social}_{C2}) \\ + 0.082(\text{Psycho}_{L3}) + 0.070(\text{System}_{H3}) + 0.069(\text{Social}_{C3})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.286(\text{Psycho}_{L4}) + 0.355(\text{System}_{H2}) + 0.186(\text{Social}_{C2}) + 0.110(\text{Psycho}_{L3}) \\ + 0.186(\text{System}_{H3}) + 0.149(\text{Social}_{C3})$$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้วิจัยได้นำมาผลการศึกษามาอภิปรายผล เพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอประเด็นหลักดังต่อไปนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุที่เริ่มมีความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา (การมองเห็น) การได้ยินลดน้อยลง การเคลื่อนไหวที่เริ่มเชื่องช้า การคิด การจดจำ การฟัง การอ่าน การเขียน ที่เริ่มลดน้อยลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ในทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นองค์รวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุจึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประไพพิศ สิงหเสนี และคณะ (2562: 58) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรยุทธ ศรีทุมสุข (2560: 14) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกันในประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง โดยแบ่งเป็นมีคะแนนอยู่ในระดับมาตรฐาน ร้อยละ 73.70 และอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 26.30 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณศิริ นิลเนตร (2557: 58) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า มีความ

สอดคล้องกันในประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง นอกเหนือจากนั้นแล้วยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2562: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ การีสรรรพ์ และคณะ (2562: 54) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่งานวิจัยของ นฤมล ใจดี และคณะ (2562: 40) ได้ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร กรณีศึกษา: ผู้สูงอายุในเขตอำเภอโกสัมพีนคร ผลการศึกษา สอดคล้องกันในประเด็นระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถติดต่อสอบถามหรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อรับข้อมูล การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้อยู่บ้างแต่ยังไม่ครอบคลุม ประกอบกับเมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ก็ยังมีความสามารถที่จะค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนหรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เป็นต้น แต่ยังไม่เพียงพอที่จะให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้ประเด็นทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง หากต้องการให้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพดีขึ้นอาจจะต้องเพิ่ม ยุกระดับ หรือพัฒนา การเข้าถึง ความเข้าใจที่จะสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา การเลือกใช้อุปกรณ์ ในการค้นหา สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง ได้ข้อมูลที่ น่าเชื่อถือสำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและ แรงจูงใจในการปฏิบัติเรื่องการดูแลสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ในประเด็นของคุณลักษณะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ที่ได้อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นการใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบเชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ โดยสามารถ แบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน คือ มีการเลือก แหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้ถึงวิธีการค้นหาต่างๆ 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถในการค้นหา ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ คือ สามารถ ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ ฉันททิพย์

พลอยสุวรรณ และคณะ (2562: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาสอดคล้องกันในประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ที่อยู่ระดับปานกลางเช่นกัน นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับ อติเทพ ดารดาช (2565: 65) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกันในประเด็นของด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ อยู่ในระดับปานกลางอีกด้วย

ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ ในการเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีคุณค่าทางโภชนาการสูง โดยยังคำนึงถึงการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมออยู่บ้าง เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคต่างๆ และยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เป็นต้น แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมหรือมากเพียงพอ หากได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุขในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ เกิดการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล เพื่อให้ในประเด็นเหล่านี้อยู่ในระดับดีขึ้นจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ในประเด็นของคุณลักษณะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ที่ได้อธิบายความหมายไว้ว่า การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ เพื่อแก้ปัญหาลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน คือ มีการรับรู้ประเด็นและเนื้อหาที่สำคัญนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความเข้าใจและสามารถอธิบายประเด็นเนื้อหาที่สำคัญที่จะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และ 3) ขั้นวิจรณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อีกทั้งยังสอดคล้องกับ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2562: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาสอดคล้องกันในประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ที่อยู่ระดับปานกลาง เช่นกัน นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับ นฤมล ใจดี และคณะ (2562: 33) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร กรณีศึกษา:

ผู้สูงอายุในเขตอำเภอโกสุมพิ ผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกันในประเด็นด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ที่อยู่ในระดับปานกลาง อีกด้วย

ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เมื่อได้รับแนะนำเรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข เอกสารเรื่องการดูแลสุขภาพ แล้วมีความเข้าใจดีพอใช้ ทั้งนี้แล้วยังนำเอาความรู้หรือข้อมูลสุขภาพที่ได้ไปแนะนำ ชักชวน โน้มน้าว ให้กับคนใกล้ชิดหรือผู้อื่น ได้ทำตามเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น แต่ก็ยังมี กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นเหล่านี้อยู่ ส่งผลให้ทักษะการสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้หรือความเข้าใจจนสามารถ สื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ หรือโน้มน้าวให้บุคคล อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพก็จะทำให้ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีระดับที่ดีขึ้น จากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ในประเด็นของคุณลักษณะความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ที่ได้อธิบายความหมายไว้ว่า การนำเสนอ เผยแพร่ชักชวนต่อรองและรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิด ไคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบตามสิทธิ หน้าที่ กฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อกระตุ้นชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน และ สังคม โดยสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน คือ สามารถพูด อ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้ 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง อีกทั้งยัง สอดคล้องกับ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2562: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาสอดคล้อง กันในประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน คือ ด้านทักษะการสื่อสาร ที่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับ อติเทพ ดารดาษ (2565: 65) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกันในประเด็นด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพและสารสนเทศ ที่อยู่ในระดับปานกลาง อีกด้วย

ด้านทักษะการตัดสินใจ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น หากเป็นโรคเบาหวาน ก็จะเลือกที่จะไม่ดื่ม น้ำอัดลม งดรับประทานอาหารรสชาติเค็มจัดเพื่อลดความเสี่ยงเรื่องสุขภาพที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเลือกที่จะไปพบแพทย์มากกว่าที่จะซื้อยามารับประทานด้วยตนเอง สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน และมีวิธีการจัดการความเครียดได้ด้วยตัวเอง โดยประเด็นดังกล่าวนี้มีการปฏิบัติในเฉพาะบางกลุ่มของผู้สูงอายุเท่านั้น หากมีการเพิ่มพูนหรือให้ความรู้โดยตรงเกี่ยวกับด้านทักษะการตัดสินใจจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) เป็นต้น เพื่อให้สามารถกำหนดทางเลือกหรือปฏิเสธ หลีกเลี่ยง เลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียในการปฏิเสธ หลีกเลี่ยง เลือกวิธีปฏิบัติที่จะก่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดต่อตนเองและผู้อื่น ก็จะส่งผลให้ในประเด็นดังกล่าวมีระดับที่ดีขึ้นจากเดิมได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ในประเด็นของคุณลักษณะความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ ทักษะการตัดสินใจ ที่ได้อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการคิด วิเคราะห์ ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่ โดยสามารถแบ่งตามระดับของความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกหรือจะปฏิเสธหรือจะหลีกเลี่ยงวิธีในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถในการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ผลดีหรือผลเสียในการที่จะเลือกหรือปฏิเสธที่จะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถในการแสดงทางเลือกที่จะทำให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดทั้งต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่จะสามารถนำมาแลกเปลี่ยนความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสอดคล้องกับ ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2562: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาสอดคล้องกันในประเด็นของความรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน คือ ด้านทักษะการตัดสินใจ ที่อยู่ระดับปานกลาง เช่นกัน นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับ กิจปพน ศรีธานี (2560: 31) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกันในประเด็นของด้านการตัดสินใจ โดยภาพรวมด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง อีกด้วย

ด้านทักษะการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เริ่มหันมาปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นจากเดิมตามกำลัง ตามความสามารถ หรือตามความรู้ที่มีอยู่จากเดิม ได้คำนึงถึงการกำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ได้ เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที โดยทำเป็นประจำสม่ำเสมอ 3 วัน ต่อ 1 สัปดาห์ เป็นต้น จากนั้นยังได้ทำแผนการดูแลสุขภาพกลับมาคิด ทบทวน ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายตามที่วางไว้ แต่ก็มีมีการปฏิบัติในประเด็นเหล่านี้เพียงแค่เฉพาะกลุ่มเท่านั้น อาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถแบ่งเวลาในการจัดการตนเอง เรื่องของการเอาใจใส่การดูแลสุขภาพได้ดีเท่าที่ควร จึงส่งผลให้ด้านทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางตามมาด้วย หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเพิ่มทักษะการจัดการตนเองเรื่องสุขภาพ ซึ่งอาจจะเริ่มจากการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ แล้วนำกลับมาทบทวนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติหรือพฤติกรรมตนเองที่จะช่วยให้สุขภาพแข็งแรง มีอายุที่ยืนยาว ก็จะส่งผลให้ประเด็นด้านทักษะการจัดการตนเองดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ในประเด็นของคุณลักษณะความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ ทักษะการจัดการตนเอง ที่ได้อธิบายความหมายไว้ว่าเป็นวิธีการ ทักษะ และกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งเน้น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองอื่นๆ ที่นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ โดยสามารถแบ่งตามระดับของความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน คือ การมีกำหนดเป้าหมายและมีการวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถกระทำตามแผนที่ได้กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถที่จะทบทวนวิธีในการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งยังสอดคล้องกับ ฉันทิทิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2562: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาสอดคล้องกันในประเด็นของความรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน คือ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ที่อยู่ระดับปานกลาง เช่นกัน นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับ ประไพพิศ สิงหเสน และคณะ (2562: 45) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกันในประเด็นรายด้านย่อย คือ ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง อีกด้วย

ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญเกี่ยวกับข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพอยู่บ้าง โดยจะมีการนำสื่อสุขภาพที่ได้มานำไปตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำราจากหลายๆ แหล่งสื่อ จากนั้นก็นำสื่อข้อมูลที่ได้มาอย่างถูกต้องนั้นไปปฏิบัติตาม อีกทั้งยังมีการนำไปแนะนำ บอกต่อ ให้ผู้อื่นได้ปฏิบัติตามอีกด้วย จึงส่งผลให้ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง หากมีการเพิ่มทักษะการรู้เท่าทันสื่อจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้กับผู้สูงอายุได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ แล้วนำมาเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น สามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับคนในชุมชนหรือสังคมรอบข้างได้ปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องก็จะทำให้ประเด็นทักษะดังกล่าวมีระดับที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008: 18) ในประเด็นของคุณลักษณะความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ที่ได้อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะในการคิดทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอและสามารถตีความเนื้อหาที่ยะแยงอยู่ในสื่อและสามารถประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้โดยสามารถแบ่งตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน คือ มีความสามารถที่จะตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับมาจากสื่อเพื่อนำมาดูแลตนเอง 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับข้อมูลจากสื่อเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองและผู้อื่น และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อเป็นการแนะนำแนวทางที่ถูกต้องให้กับบุคคลอื่นในสังคมและชุมชน อีกทั้งยังสอดคล้องกับฉันทิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2562: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาสอดคล้องกันในประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน คือ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ที่อยู่ระดับปานกลางเช่นกัน นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับ วีรยุทธ ศรีทุมสุข (2560: 52) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกันในประเด็นของตัวชี้วัดด้านการรู้เท่าทันสื่อ ที่อยู่ระดับพอใช้ (ปานกลาง) อีกด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ด้านชีวสังคม มีเพียง อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะที่มีโรคประจำตัว ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ กล่าวคือ

อายุ อายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุดังกล่าวนี้เป็นช่วงอายุที่สถานภาพทางกายและสรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงมากนักยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่าช่วงอายุอื่น มีโอกาสรับรู้สิ่งใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นจากเดิม ทั้งทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนทักษะการตัดสินใจ ทำให้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพย์กมลอิสลาม (2557: 24) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา ผลการศึกษาสอดคล้องกันประเด็นปัจจัยด้านอายุ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้อยู่ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mofrad et al. (2016: 44) ที่ได้อธิบายผลการศึกษาว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุวัยต้นมักจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Baker et al. (2007: 18) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อต้องการทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่แย่ง โดยใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ S-TOFHAL และ MMSE ประเมินสมรรถภาพทางสมอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 1.4 คะแนน จากการเพิ่มขึ้นของอายุทุกปี กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้นทุก 1 ปี จะมีระดับ S-TOFHAL ลดลง 1.4 คะแนน

อาชีพ อาชีพที่แตกต่างกันส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ ได้แก่ ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร รวมถึงอาชีพอื่นๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่เมื่อพิจารณาแล้วส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมา คือ เกษตรกร ทั้งนี้เป็นเพราะว่าในเขตชนบทการจ้างงานของผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพอื่นๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะรับจ้างทั่วไป ควบคู่กับการทำเกษตรเพราะสามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลา ทำให้อาชีพดังกล่าวอาจไม่มีเวลาศึกษาข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากต้องทำมาหากินเลี้ยงครอบครัว จากผลการศึกษายังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทักษะต่างๆ ได้ดีกว่าทุกอาชีพ แสดงว่าอาชีพรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ มีเวลาศึกษาหา ความรู้ เกี่ยวกับการรับทราบข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มจะทราบนโยบายทางสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วกว่าอาชีพอื่นๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ

สุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเรื่องสุขภาพ ทำให้เหตุผลดังกล่าวส่งผลที่ว่า อาชีพที่แตกต่างกันส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Protheroe et al. (2017: 68) ได้ศึกษาเรื่องระดับความรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยสูงอายุในเขตนอกเมืองของประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกันในประเด็นของปัจจัยด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ นัชชา เรื่องเกียรติคุณ (2564: 80) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้ที่ทำงานราชการมีระดับความรู้มากที่สุด อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556: 55) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อรับรองการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ผลการศึกษาพบว่า มีความสอดคล้องกันในประเด็นของปัจจัยด้านอาชีพที่แตกต่างกันมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ในขณะที่เดียวกันงานวิจัยของ วรณศิริ นิลเนตร (2557: 58) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ต่อเดือน รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท ทั้งนี้เป็นเพราะว่าทางเลือกในการดำรงชีพของเขตชนบทไม่มีให้เลือกมากนักเหมือนกับเขตเมือง มีรายได้จากอาชีพรับจ้างทั่วไปในรายวันต่ำกว่า 300 บาท หากเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ช่วง 10,000 - 50,000 บาท ช่วงรายได้ที่มากกว่าจะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ด้วยเหตุผลนี้จึงสอดคล้องกับแนวคิดของ Baker et al. (2007: 8) ที่ได้ให้เหตุผลจากผลการศึกษาว่า หนึ่งในปัจจัยที่มีผลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้หรือเศรษฐกิจ (รายได้ต่อเดือน) พบว่า ระดับรายได้ที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอและระดับของการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีผลทำให้มีความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จากผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า ระดับของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่อการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Clausen et al. (2016: 16) ในประเด็นที่ว่า ระดับรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถบ่งชี้การมีความรู้ด้านสุขภาพของตัวบุคคล เนื่องจากเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึง

การบริการสุขภาพอีกด้วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2011: 38) ที่ได้กล่าวไว้ว่า รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ตามมาด้วย ในขณะที่งานวิจัยของ Liu et al. (2015: 10) ที่มีผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงกว่า มักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงกว่าเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า มีความสนใจในการเสาะหาความรู้ด้านสุขภาพ สรรหาบริการสุขภาพที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 - 10 ปี มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าช่วงอื่น ทั้งนี้เป็นเพราะว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ก็จะทำให้เหมือนเป็นการสะสมประสบการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีองค์ความรู้ ข้อมูล และทักษะการดูแลรักษาตนเองจากผู้รู้ เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ตลอดจนมีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่ากันสื่อ ได้ดีกว่าช่วงระยะเวลาที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณรัตน์ รัตนวงค์ และวิทยา จันทรทา (2560: 48) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้สุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อติเทพ ดารดาช (2565: 51) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาสอดคล้องในประเด็นของระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (2565: ระบบออนไลน์) ที่ได้อธิบายไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมาเป็นระยะเวลายาวนาน อาจมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มมีโรคประจำตัว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเข้าพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด การออกกำลังกาย เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางอ้อมที่จะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงของโรคประจำตัวที่มีอยู่

ด้านระบบบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมมากนัก เนื่องจากความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาล จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขศาสตร์มีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้มารับบริการ ขาดแคลนเครื่องมือที่จำเป็นทางการแพทย์ หากกรณีเจ็บป่วยจนสถานบริการทางการแพทย์ที่อยู่เขตที่ตนเองอาศัยอยู่ไม่สามารถรักษาได้จึงจำเป็นต้องทำการส่งการรักษาไปที่ในสถานบริการพยาบาลในเขตตัวเมืองแทน เกิดปัญหาและอุปสรรคในเรื่องของการเดินทางที่ห่างไกลขึ้น ทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำการดูแลเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุไม่ครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านระบบบริการสุขภาพของ สุดารัตน์ คำวิชา (2552: 19) ที่ได้อธิบายความหมายของระบบบริการสุขภาพไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ การให้บริการได้ครอบคลุม การไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่างๆ และมีการเชื่อมโยงสถานพยาบาลแต่ละระดับได้ เพื่อการส่งเสริมรักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษาและการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการรับบริการตรวจสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือยังไม่ค่อยตรงกับความต้องการเท่าที่ควร เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีสิทธิรักษาจากบัตรทอง ประกันสังคม จากสถานบริการพยาบาลที่ได้รับสิทธิ์ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งมีจำนวนผู้เข้ารับบริการจำนวนมาก แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีจำนวนไม่เพียงพอ เวลาจำกัด ส่งผลให้การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองไม่ครอบคลุม ทั้งในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ผู้วิจัยเห็นว่าสอดคล้องกับแนวคิดของ สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2555: 5) ในประเด็นของปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ส่วนปัญหาการจัดการบริการของสถานพยาบาลยังคงขาดการวางแผนที่ดี การมีแผนกผู้ป่วยนอกขนาดใหญ่และรับภาระงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก ปัญหาเรื่องต้นทุนและการกำหนดราคาค่าบริการของสถานพยาบาล รวมถึงปัญหาผู้บริหารสถานพยาบาลนั้นๆ ส่วนการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้จะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปทุกวัน จึงไม่มีเวลาในการไปใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือชุมชน รวมถึงความคลาดเคลื่อนในวันและเวลาการได้รับบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อรับคำแนะนำ ให้คำปรึกษา จากบุคลากรสาธารณสุข หรือจิตอาสา ไม่ครอบคลุมหรือไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ส่งผลให้ในประเด็นดังกล่าวอยู่ในระดับที่น้อย ต้องได้รับการปรับปรุงให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพของ สำนัก

บริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2555: 5) ในประเด็นของการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care Level: PHC) ที่จะใช้เป็นแนวทางในการให้บริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเอง ทำได้ในระดับชุมชนแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพวิทยาการทางการแพทย์ เพื่อให้สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมกับความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ผู้ให้บริการ คือประชาชนด้วยตนเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) ที่ได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญมาก่อนที่จะออกให้บริการ เพื่อให้เกิดความใกล้ชิดกับคนในชุมชน แนะนำเรื่องการดูแลรักษาตนเองบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นอย่างมาก

ด้านสังคมและวัฒนธรรม

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงกระตุ้น แรงจูงใจ ในกิจกรรมนันทนาการ การมีส่วนร่วมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม ยังไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น เช่น การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด อาทิ คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อมูล ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จึงเป็นเหตุผลให้ในรายด้านอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน โดยจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรมท้องถิ่น ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอยู่บ้าง แต่ไม่ได้ทำร่วมกันแบบเป็นประจำ อาจจะเป็นเนื่องด้วยสมาชิกในครอบครัวต้องเดินทางไปประกอบอาชีพในต่างถิ่น หรือแม้กระทั่งผู้สูงอายุเองต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงชีพ ทำให้ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้มากนัก ลดโอกาสในการพบปะเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง เพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ของชมรมในชุมชน อีกทั้งยังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้เทคโนโลยี สังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ในการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อรับทราบข้อมูล ข่าวสาร ของกิจกรรมที่จะจัดขึ้น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lee et al. (2004: 12) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสถานะทางสุขภาพที่ดีได้ สามารถวิเคราะห์ได้ดีกว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการทำกิจกรรมหรือการเข้าถึงบริการหรือข้อมูลสุขภาพต่างๆ นั้นเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ House (1981: 14) ในประเด็นของชนิดของการสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) ซึ่งเป็นข้อมูลหรือคำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้ เช่น ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น ยังสอดคล้องกับ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558: 28) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยจะแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และระดับการทำประโยชน์ต่อสังคม

ในรูปแบบอื่นด้วย ตัวอย่างเช่น การมีส่วนร่วมทางสังคมในรูปแบบการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความต้องการตามวัตถุประสงค์ของผู้สูงอายุเอง

ด้านจิตวิทยา

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติในด้านประเมินระดับความสุขของตนเอง การมีความรับผิดชอบต่อสังคม การแสดงทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ของตนเอง ยังไม่มากพอหรือยังไม่เพียงพอ ทั้งในสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ การได้รับความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ครอบครัวอันเป็นที่รัก จนในบางครั้งทำให้สังคมมองว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติติดลบ ส่งผลให้ในรายด้านอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554: ระบบออนไลน์) ได้อธิบายไว้ว่า ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย ความสุข ความรับผิดชอบต่อสังคม ทัศนคติ การแสดงออกทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ที่จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงภาวะสูงอายุทางจิตวิทยา คือ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป การปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปตามความสามารถของบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ด้วย แต่จากผลการวิจัยในรายด้านก็ยังมีจุดเด่นในเรื่องของระดับความสุข คือ สมาชิกในครอบครัวยังให้ความช่วยเหลือได้ในกรณีเจ็บป่วย เพื่อดูแลเป็นอย่างดี มอบความรัก ความผูกพันที่ดีต่อกันครอบครัว อีกทั้งยังสอดคล้องกับ เพ็ชรินทร์ ปฐมวนิชกะ (2555: 18) ที่ได้มีการกล่าวถึงความหมายของความรับผิดชอบต่อสังคมว่าหมายถึง การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อส่วนร่วมเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม โดยปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม รวมทั้งจูงใจให้ผู้อื่นปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความทุกข์ของสังคม จากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจุดเด่นในเรื่องของเมื่อตนเองกระทำความผิดต่อผู้อื่นสามารถกล่าวคำขอโทษได้ ซึ่งแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสังคมได้อีกหนึ่งทาง รวมถึงยอมรับในสิ่งที่เห็นต่างจากความคิดคนอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ยังมีกลุ่มตัวอย่างส่วนที่เหลือที่ยังไม่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวนี้จึงมีส่วนให้ด้านความรับผิดชอบต่อสังคมอยู่ในระดับปานกลางตามมา เมื่อพิจารณาทางด้านการแสดงออกทางอารมณ์ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการแสดงทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างดี ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมหรือท่าทางเมื่อรู้สึกดีใจ พึงพอใจ ชื่นชม ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการสานสัมพันธ์กับบุคคลที่ต้องการรู้จัก โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Rigio (1986: 25) ที่ได้อธิบายไว้ว่า การแสดงทางอารมณ์ (Emotional Expressivity) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง แสดงออกทางอารมณ์และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ส่วนด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง จากผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อมีการขัดใจ

จนทำให้รู้สึกหงุดหงิด แต่ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างยังคงให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรอคอยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองพอใจได้ได้อยู่ ตลอดมีการอธิบายเหตุผลในสิ่งที่ไม่ชอบแล้วถูกบังคับให้ปฏิบัติตาม ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีคุณสมบัติตรงกับแนวคิดของ Riggio (1986: 25) ในประเด็นที่ว่า การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Emotional Control) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น ผู้สูงอายุที่แสดงออกทางอารมณ์สูงจะแสดงตัวชอบเข้าสังคม สามารถพูดคุยทุกเรื่องได้อย่างคล่องแคล่ว เพื่อส่งผลให้เกิดเรื่องที่ดีตามมาในทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเป็นอยู่ การดูแลตนเอง สุขภาพ ความสุข เป็นต้น

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

จากการพยากรณ์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ด้านจิตวิทยา มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านระบบบริการสุขภาพ และด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งทั้ง 3 ด้าน สามารถรวมทำนายหรือพยากรณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 56.40 กล่าวคือ หากต้องการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นจากเดิม ผู้สูงอายุต้องมีพฤติกรรมด้านจิตวิทยา มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้ถูกต้อง รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้อยู่ร่วมกับสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันโรค การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ มากขึ้นตามมาด้วย

ด้านจิตวิทยา

ด้านจิตวิทยา มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ หากต้องการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นจากเดิม ผู้สูงอายุจะต้องมีพฤติกรรมด้านจิตวิทยาและแนวทางในการปฏิบัติตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มากขึ้นตามมาด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิพร สุทร และคณะ (2561: 153) ที่ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นปัจจัยสมรรถภาพทางจิตวิทยา มีอิทธิพลในรูปคะแนนมาตรฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ

เมื่อพิจารณาการพยากรณ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรย่อย พบว่า การควบคุมอารมณ์ของตนเองและการแสดงออกทางอารมณ์ มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุให้ความสำคัญ การควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ว่าจะเป็นการมองโลกในแง่ดี สามารถรอคอยในทุกเรื่องได้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ อธิบายเหตุผลการชักชวนคนในครอบครัว คนรอบข้าง ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองให้มาปฏิบัติตามจนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมในอนาคต ตลอดจนการแสดงออกทางพฤติกรรม ความรู้สึก ดีใจ พึงพอใจ ชื่นชม จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ บุคลิกที่ดี ความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง เพื่อให้ผู้อื่นมีความต้องการที่จะเข้าถึง นำเสนอเรื่องข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ การดูแลตนเองให้ถูกต้องตามภาวะผู้สูงวัย ซึ่งสอดคล้องกับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554: ระบบออนไลน์) ที่ได้มีการนำเสนอประเด็นของการควบคุมอารมณ์ของตนเองและการแสดงออกทางอารมณ์ว่าจะช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ด้วย

ด้านระบบบริการสุขภาพ

ด้านระบบบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ รองลงมาจากด้านจิตวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือเพิ่มขึ้นจากเดิมนั้น ต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยอาจจะเริ่มจากการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในระดับครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งส่งผลต่อแนวโน้มการตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพยิ่งขึ้น เพื่อจะได้แบ่งเบาภาระหน้าที่การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับแนวคิดของ กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ (2561: 14) ที่ได้อธิบายถึงระบบบริการสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพที่มีการจัดการบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ที่เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการมีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไปควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน

เมื่อพิจารณาการพยากรณ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรย่อย พบว่า การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าหากมีการสนับสนุน การช่วยเหลือ หรือส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพได้มากขึ้น เช่น การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวเรื่องการไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อขอรับคำแนะนำข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองตามวัยสูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ก็จะช่วยส่งผลให้เพิ่มโอกาส

การได้รับข้อมูล ข่าวสาร เรื่องสุขภาพที่ดีต้องปฏิบัติอย่างไรได้มากขึ้นเท่านั้น โดยอาจจะผ่านการเข้าร่วมกลุ่มสุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น รวมไปถึงการได้รับบริการเยี่ยม แนะนำให้คำปรึกษาโดยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) หรือจิตอาสา จะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้นตามมาอีกด้วย สอดคล้องกับ Wilson (2000: 188) ที่ได้กล่าวถึง การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมของการแสวงหาข้อมูล การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข ด้านสุขภาพ ด้านการฟื้นฟู บำบัด หรือด้านการป้องกันโรค โดยพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการปฏิบัติตน ซึ่งถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมก็สามารถป้องกันหรือหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข (2560: ระบบออนไลน์) ที่ได้กล่าวถึง การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านสาธารณสุข หมายถึง การเลือกใช้บริการที่เจ้าหน้าที่หรือองค์กรสาธารณสุขจัดให้มีขึ้นสำหรับประชาชนเป็นรายบุคคลหรือชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการป้องกันและควบคุมโรค

ด้านสังคมและวัฒนธรรม

ด้านสังคมและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือเพิ่มขึ้นจากเดิมนั้น ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคม วัฒนธรรม จากสิ่งแวดล้อมโดยรอบ เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติ พี่น้อง เป็นต้น เพราะในเขตชนบทโดยทั่วไปแล้วจะอยู่กับแบบบ้านใกล้เรือนเคียง มีการพึ่งพาอาศัยกันแบบเครือญาติ มีการไปมาหาสู่กันอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร อาจจะด้วยการบอกเล่าจากประสบการณ์จริง ที่เป็นประโยชน์ในการปรับตัว เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996: 41) ที่ได้กล่าวถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ว่า คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม เช่น บุคคลคนในครอบครัว คนรอบข้าง เป็นต้น ถึงเรื่องของสุขภาพกับการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่อพิจารณาการพยากรณ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรย่อย พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 แสดงให้เห็นว่าในการมีส่วนร่วมทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการไปทำกิจกรรมสังสรรค์ พบปะญาติ เพื่อนหรือบุคคลอื่น เพื่อชักชวนกันไปเข้าร่วมกิจกรรม ประเพณี ในชมรมต่างๆ ของชุมชน ที่เกี่ยวข้องข้อกับเรื่ององค์ความรู้ใหม่ๆ ด้านสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำอารมณ์ให้ผ่อนคลาย เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัย Lee et al. (2004: 12) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้บุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสถานะทางสุขภาพที่ดีได้ และยังสอดคล้องกับ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2558: 28) ที่ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมทางสังคม คือ การเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับส่วนร่วมในกิจกรรมซึ่งทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมหรือชุมชน การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกิจกรรมที่มีในแต่ละระดับของการมีปฏิสัมพันธ์ทั้ง 4 ระดับ ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมเพื่อเตรียมตนเองในการที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น 2) การอยู่กับผู้อื่น การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยไม่ได้มีกิจกรรมที่เจาะจง 3) การร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น การช่วยเหลือผู้อื่น และ 4) การช่วยเหลือเพื่อแม่สู่สังคมและการทำประโยชน์ต่อสังคมในภาพใหญ่

กล่าวโดยสรุปของภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ผู้สูงอายุควรได้รับการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พัฒนาเพื่อปรับปรุงการสื่อสารทางสังคม ให้เข้าถึงปัจจัยสุขภาพที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มขีดความสามารถของการให้บริการด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับชุมชน ท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังเช่น การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2566: 14 - 20) ได้แก่ พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ในทุกทักษะ มีการยกระดับของการพัฒนาบุคลากรทุกระดับไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) รวมถึงกลุ่มจิตอาสา ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการใช้เทคโนโลยี นำมาดูแลประชากรผู้สูงอายุด้านการให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ โดยการประสานงานกันเป็นเครือข่ายเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ประโยชน์ที่ได้รับ

สามารถนำความรู้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. จากผลการศึกษา ควรมีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ โดยเน้นการสร้างเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน

2. จากผลการศึกษา ควรมีการศึกษาแนวทางในการพัฒนาด้านระบบบริการสุขภาพ การจัดสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

3. จากผลการศึกษาด้านปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ควรเน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ โดยการเพิ่มพูนทักษะหรือกิจกรรมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิการรักษา ด้านกิจกรรมนันทนาการ ด้านจิตวิทยาความสุข และด้านความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การสนับสนุนนโยบาย โดยองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องสร้างความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการให้บริการด้านสุขภาพในชุมชนที่รับผิดชอบ ผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และกลไกทั้งระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการแบบร่วมมือกันเพื่อรณรงค์ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และการบริการจัดการงบประมาณผ่านกองทุนของท้องถิ่นเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานพยาบาลโดยเฉพาะการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน (Long term care) ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (สถานชีวภิบาล) การเตรียมผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม Care giver ให้เพียงพอ เป็นต้น

3. การส่งเสริมและสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ทักษะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อรองรับการดูแลและให้บริการผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

4. การพัฒนาเครื่องมือและแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มเฉพาะให้เหมาะสม เช่น ในเขตชนบท พื้นที่ห่างไกล กลุ่มที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เป็นต้น

5. การความรู้ด้านสุขภาพส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การจัดทำคู่มือแนวทางการดูแล เพิ่มเนื้อหาเพื่อแก้ปัญหาสำคัญ เช่น การดูแลป้องกันการหกล้ม สุขภาพจิต และโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

6. การพัฒนาระบบสารสนเทศ สื่อความรู้ ให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้อง ทันสมัยและเข้าถึงได้ง่าย และเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการดำเนินงานความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพ เพื่อทราบปัญหาอุปสรรค และวางแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นที่เป็นปัญหาหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคอุบัติใหม่ Heat Stroke, PM2.5 เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยสนับสนุนนโยบายความรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงานในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การวางแผนดูแลสุขภาพ การวางแผนการเงิน การวางแผนการทำงาน และการวางแผนด้านสังคม เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ อังกะสิทธิ์. 2564. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาเอก. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2562. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- _____. 2563. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- _____. 2564. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2554. **แบบคัดกรองสุขภาพจิต: ดัชนีจิตความสุขคนไทย 15 ข้อ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://hdata.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2022/01/KPI65.pdf> (12 มกราคม 2567).
- _____. 2564. **การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://hdata.moph.go.th/site/wpcontent/uploads/4144/01/KPI65.aspx> (12 ธันวาคม 2566).
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2566. **แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2560. **การใช้บริการสถานที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทย**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://www.moph.go.th/index.php/news/e_journal (11 มกราคม 2567).
- _____. 2563. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.scribd.com/document/220120180914085828> (16 มิถุนายน 2564).
- กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ. 2562. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตเมืองจังหวัดปทุมธานี. **วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี**, 31(2), 95-105.
- กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์. 2561. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคโควิด-19 ของวัยรุ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน**, 28(4), 14.

- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2561. **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.scribd.com/document/406967113/220120180914085828-linkhed-pdf> (16 มิถุนายน 2565).
- กิจปพน ศรีธานี. 2560. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 11(1), 26-36.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. 2564. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและวิจัย**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. 2554. **ความฉลาดทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. 2558. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในประชากรผู้สูงอายุ. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 9(2), 1-8.
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565. **การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://med.buu.ac.th/research-academic-medicine-buu> (8 มกราคม 2567).
- แจ่มจันทร์ วรณปะเก และชนิดา ผาติเสนะ. 2561. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตราด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ**, 15(3), 176-185.
- จำนง อติวัฒน์สิทธิ์. 2560. **การกระทำทางสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยา และมนุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ. 2562. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ**. สมุทรปราการ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชไมพร กาญจนกิจสกุล. 2559. **กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุน ด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง**. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 25(2), 192.
- ทิพย์กมล อิสลาม. 2557. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา. **วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11**, 28, 1-15.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2552. **วิจัยและสถิติ : คำคมชวนตอบ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา การศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ แกมคำ. 2562. **การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นัชชา เรื่องเกียรติคุณ. 2565. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.
วารสารกรมการแพทย์, 47(1), 85.
- นฤมล ใจดี, รัฐฐา ระมั่ง, นवलจันทร์ กรินวณิช และราตรี โพธิ์ระวีช. 2562.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร กรณีศึกษา: ผู้สูงอายุในเขต
อำเภอโกสัมพือ. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 สถาบันวิจัย
และพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. หน้าที่ 13-23. กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏกำแพงเพชร.
- บุญใจ สลิตย่นรากุล. 2553. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล (The Methodology in
Nursing Research). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. 2556. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และ
สถานการณ์ การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรับรอง
การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ
กระทรวงต่างประเทศ.
- ประทีน วิญญรัตน์. 2560. ผลของการใช้โปรแกรม DPAC บุรณาการต่อการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่.
เชียงใหม่: ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่.
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. 2562. ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด
จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 11(1), 37-51.
- ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ. 2559. ความแตกฉาน
ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไขมนในเลือดผิดปกติและ
เบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(3), 176-182.
- เพ็ชรินทร์ ปฐมวนิชกะ. 2535. การวิเคราะห์องค์ประกอบความรับผิดชอบของนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา: กรณีศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการศึกษา
จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มนันญา ภูแก้ว. 2560. รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ
ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- รัชนิบูล น้ำใจดี. 2557. การเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย.
Academic Services Journal, Prince of Songkla University, 25(2), 75.

- ราชบัณฑิตยสถาน. 2547. **ความหมายของระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว**. [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา https://dictionary.orst.go.th/Search_Text054212 (2 มกราคม 2567).
- วรรณรัตน์ รัตนวรารักษ์ และวิทยา จันทร์ทา. 2560. ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดชัยนาท. **วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล**, 24(2), 34-51.
- วรรณศิริ นิลเนตร. 2557. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรื่องจตุโพธิ์พาน. 2562. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. **วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย**, 15(2), 1-18.
- วิศา จันทรังสีวรกุล. 2553. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 4(2), 54.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. 2560. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติพยาบาล. **วารสารแพทยนาวิ**, 44(3), 183-197.
- วิรัช มั่นในบุญธรรม. 2559. การสร้างเสริมสุขภาพไทยในยุคไทยแลนด์ 4.0. **วารสารสาธารณสุขขอนแก่น**, 28(330), 4-11.
- วีรยุทธ ศรีทุมสุข. 2560. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสามอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 20(1), 47-55.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563. **รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2563**. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สรายุทธ นามเมือง. 2554. ผลของการเรียนโดยใช้ทีมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอบวิชาเวชปริบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจังหวัดนนทบุรี. **วารสารกองการพยาบาล**, 47(2), 156-170.
- สิทธิพร สุนทร, วัชรินทร์ สุทธิชัย และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์ส. 2561. รูปแบบและปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา**. 15(2), 153-161.
- สุดาร์ตน์ คำวิชา. 2552. **การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2558. **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2566. **ความหมายของผู้สูงอายุ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/.aspx> (16 มิถุนายน 2566).
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2555. **ระบบบริการสุขภาพ**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำราญ มีแจ้ง. 2557. **สถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย ทฤษฎีและปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อดิเทพ ดารดาช. 2565. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. 2560. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพการวัดและพัฒนา**. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- อุเทน ปัญญ. 2553. **ระเบียบวิธีวิจัย**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยนอร์ทเชียงใหม่.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A. & Huang, J. 2007. Health literacy and mortality among elderly persons. **Arch Intern Med**, 167(14), 1503-1509.
- Clausen, J. A. et al. 2016. **Socialization and Society**. Boston: Little, Brown Co.
- Eliopoulos, C. 1995. **Manual of Gerontological Nursing**. St. Louis: Mosby Year Book.
- Erikson, E. H. 1997. **The Life Cycle Completed**. New York: W. W. Norton.
- House, J. S. 1981. **Work Stress and Social Support**. Mass: Addison-Wesley.
- Ishikawa, H., Takechi, T. & Yano, E. 2008. Measuring function, communication, and critical health literacy among diabetic patients. **Diabetic care**, 31(5), 874-879.
- Karimi, J. et al. 2014. The Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Iran: A Phenomenological Study. **Risk Manag Healthc Policy**, 20, 29.
- Lee Shouu-Yih, D., Choc, Y. I. & Zhou, T. 2004. Health literacy, social support, and health: a research agenda. **Social Science & Medicine**, 186(155), 1309-1321.
- Liu, C., Jiang, Z., Liu, L. & Geng, N. 2013. Factors of Impact Health Literacy. **International Journal of Nursing**, 141, 403-413.
- Manganello, J. A. 2008. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. **Health Education Research**, 23(5), 144-154.

- Mofrad, S., Chee, K. F., Koh, A. E. & Ikechukwu, U. 2016. Investigating life skills among young students in Malaysia. **International Journal of Social Science and Humanity**, 3(3), 210-213.
- Nutbeam, D. 2008. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, 67(12), 2072-2078.
- Paasche-Orlow & Wolf, A. 2007. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. **American Journal of Health Behavior**, 18(54), 255-265.
- Penchansky, R. & Thomas, J. W. 1981. Access in health services research: The battle of the frameworks. **Nursing Outlook**, 53(6), 127-140.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. 2011. **Health Promotion in Nursing Practice**. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Phipps, W. J. 1995. Chronic illness and rehabilitation. **Medical - surgical nursing: concept & Clinical practice**, 25(14), 129-162.
- Protheroe, J. et al. 2017. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. **Health Expert**, 20(1), 68.
- Riggio, R. E. 1986. Assessment of basic social skills. **Journal of Personality and Social Psychology**, 51(3), 25.
- Wilson, A. 2000. Access Health Literacy. **Journal International Health**, 58(12), 188.
- WHO. 1996. **Health Literacy**. [Online]. Available <https://www.un.or.th/globalgoals/th/unagency/world-health-organization-who/> (23 มีนาคม 2566).
- Yamane, T. 1973. **Statistics: An Introduction Analysis**. (2nd ed.). New York: Harper & Row.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

วันที่ให้คำยินยอม เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอม

เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้สัมภาษณ์ตามรายละเอียด ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนามผู้วิจัย/ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

ลงนาม.....พยาน



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน และจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยตรงเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นผู้สูงอายุทุกท่านจึงมีส่วนสำคัญมากที่จะทำให้การวิจัยในครั้งนี้บรรลุผล ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาให้ข้อมูลแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงอย่างครบถ้วน

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE (Thai 2002)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านจิตวิทยา

ส่วนที่ 6 แบบวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

พิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE (Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ

ใช้สำหรับประเมินเพื่อเกณฑ์การคัดเข้ามีการคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE (Thai 2002) และผลการพิจารณาไม่มีสงสัยภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002

ชื่อ..... อายุ..... ปี HN.....

ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา สูงกว่าประถมศึกษา

ปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ป่วย หู ตา อื่นๆ.....

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง.....คะแนน

(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาปัจจุบัน (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้ วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร

2. Orientation for place ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบัน (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร – เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนน) อะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ หรือ/เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย, ...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณ (ตา, ยาย,...) **พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ** แล้วพยายามจำไว้ให้ได้ เดี่ยว ดิฉัน จะถามซ้ำการบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ
- ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า
- ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย, ...) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

100-7=..... 93-7=..... 86-7=..... 79-7=..... 72-7=.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า “มะนาว” คุณ (ตา, ยาย, ...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย, ...)

สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรกคำว่า “มะนาว” สะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนุ-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย, ...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ”

.....

ว า น ะ ม

5. Recall ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ○

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ○

6. Naming ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ○

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ○

7. Repetition ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้อง 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูด ข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา, ยาย, ...) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว”

“ใครใครขายไก่ไข่” ○

8. Verbal Command ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

“ฟังดีๆ นะ เตี้ยวม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย, ...) รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้งสองข้าง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง) ○

9. Written command ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย, ...) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ○ หลับตาได้ ○

10. Writing ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

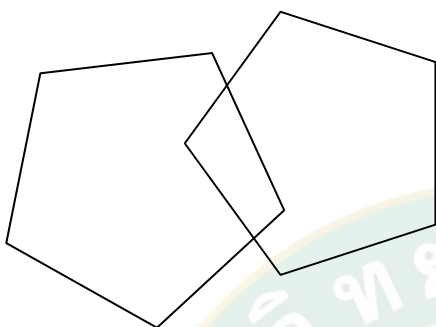
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย, ...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

.....

○ ประโยคมีความหมาย ○

11. Visuoconstruction ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง) วาดได้ถูกต้องโดยรูปห้าเหลี่ยมต้องมีห้ามุมทั้งสองรูป การตัดกันต้องเกิดสี่เหลี่ยมด้านในจึงจะได้ 1 คะแนน



O.....

จุดตัด (Cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

การแปลผล : ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด คือ “สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)”

สรุปผลการพิจารณา

- ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องมือนี้ 1B1224
- สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ให้คำแนะนำและรักษา B1225
- สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่งไปรักษาต่อ B1226

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านชีวิตสังคม

อำเภอ..... ตำบล.....

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส
 3. หม้าย/หย่าร้าง 4. แยกกันอยู่
 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. การศึกษา 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 3. ธุรกิจส่วนตัว 4. เกษตรกร
 5. รับจ้างทั่วไป 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือน 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท 2. 10,000 - 50,000 บาท
 3. มากกว่า 50,000 บาท 4. ไม่มีรายได้
 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. สิทธิการรักษา 1. บัตรสวัสดิการของรัฐ/บัตรทอง 2. ประกันสังคม
 3. เบิกตรง 4. ชำระเงินเอง
 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว.....ปี
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามระบบบริการสุขภาพ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่เคย, 1 = 2-3 ครั้งต่อปี, 2 = 3 - 5 ครั้งต่อปี, 3 = 6 ครั้งต่อปีขึ้นไป

ข้อที่	ข้อความ	6 ครั้งต่อปีขึ้นไป (3)	3 - 5 ครั้งต่อปี (2)	2 - 3 ครั้งต่อปี (1)	ไม่เคย (0)
1	การรับบริการตรวจสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ				
2	การรับบริการตรวจสุขภาพตามสิทธิการรักษาที่ได้รับ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม เบิกได้				
3	การไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำ หรือข้อมูลสุขภาพ				
4	การเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพหรือรับคำแนะนำด้านสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข				
5	การใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือชุมชน				
6	การได้รับบริการเยี่ยมบ้าน แนะนำ ให้คำปรึกษา โดย บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) หรือจิตอาสา				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านสังคมและวัฒนธรรม

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่เคย, 1 = 2-3 ครั้งต่อปี, 2 = 3 - 5 ครั้งต่อปี, 3 = 6 ครั้งต่อปีขึ้นไป

ข้อที่	ข้อความคำถาม	6 ครั้งต่อปีขึ้นไป (3)	3 - 5 ครั้งต่อปี (2)	2 - 3 ครั้งต่อปี (1)	ไม่เคย (0)
กิจกรรมนันทนาการ					
1	สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมหรือทำกิจกรรมร่วมกัน				
2	เพื่อนบ้านมาเยี่ยมหรือทำกิจกรรมร่วมกัน				
3	เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรมท้องถิ่น				
การมีส่วนร่วมทางสังคม					
4	ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ ของชุมชน				
5	ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก				
6	ไปทำกิจกรรม สังสรรค์ พบปะกับญาติ หรือเพื่อนหรือบุคคลอื่น				
การสนับสนุนทางสังคม					
7	สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมรอบตัวผู้สูงอายุส่งเสริมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ				
8	สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมรอบตัวผู้สูงอายุ ดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุเมื่อต้องไปพบ แพทย์ หรือบริการทางสาธารณสุข เช่น อำนวยความสะดวกรับส่ง				
9	สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมรอบตัวให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำอารมณ์ให้ผ่อนคลายแก่ผู้สูงอายุ				
10	สมาชิกในครอบครัวหรือสังคมรอบตัวแนะนำให้ผู้สูงอายุ สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย และสามารถบอกการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้สูงอายุได้				
11	สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน ญาติพี่น้องและชุมชน เช่น เข้าร่วมงานประเพณี หรือทำกิจกรรมของชุมชน				
12	ผู้สูงอายุมีคนที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่องหรือเมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวได้และสังคมรอบตัวผู้สูงอายุได้				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านจิตวิทยา

4.1 แบบประเมินความสุขของประชาชน (กรมสุขภาพจิต)

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด

ข้อ	ข้อความคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่ามีประโยชน์)				
2	ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข				
3	ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลใจ				
4	ผู้สูงอายุพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น				
5	ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน				
6	ผู้สูงอายุเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขได้				
7	ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
8	ผู้สูงอายุรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น				
9	ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10	ผู้สูงอายุพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง				
11	ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
12	ผู้สูงอายุมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านเมื่อผู้สูงอายุต้องการ				
13	ครอบครัวของผู้สูงอายุมีความรักและผูกพันต่อกัน				
14	ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของผู้สูงอายุจะดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี				
15	สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ				

4.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่ปฏิบัติ, 1 = ปฏิบัติน้อย, 2 = ปฏิบัติปานกลาง, 3 = ปฏิบัติมาก

ข้อ	ข้อความ	ไม่ปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติน้อย (1)	ปฏิบัติปานกลาง (2)	ปฏิบัติมาก (3)
ความรับผิดชอบต่อสังคม					
1	ผู้สูงอายุยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำต่างจากที่ผู้สูงอายุคิด				
2	เมื่อผู้สูงอายุทำผิด ผู้สูงอายุสามารถกล่าวคำขอโทษผู้อื่นได้				
3	ถึงแม้ผู้สูงอายุจะเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ผู้สูงอายุก็นึกดีที่จะทำเพื่อส่วนรวม				
การแสดงออกทางอารมณ์					
4	ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่กับผู้อื่น				
5	ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมหรือท่าทางเมื่อผู้สูงอายุรู้สึก ดีใจ พึงพอใจ ชื่นชม เป็นต้น				
6	เมื่อผู้สูงอายุต้องการรู้จักบุคคลหนึ่ง ผู้สูงอายุจะแสดงความต้องการที่จะรู้จักโดยการทักทายหรือพูดคุย หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลผู้นั้น				
การควบคุมอารมณ์ของตนเอง					
7	เมื่อถูกขัดใจ ผู้สูงอายุมักรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้				
8	เมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ผู้สูงอายุจะอธิบายเหตุผลจนผู้อื่นยอมรับได้				
9	ผู้สูงอายุสามารถรอคอย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ				

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่เห็นด้วย, 1 = เห็นด้วยเล็กน้อย, 2 = เห็นด้วยปานกลาง, 3 = เห็นด้วยมาก

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยปานกลาง (2)	เห็นด้วยเล็กน้อย (1)	ไม่เห็นด้วย (0)
1	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์				
2	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง				
3	ผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือ จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ				
4	ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสอบถามหรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการสุขภาพในชุมชน ผู้สูงอายุเพื่อรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง				

2. ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามถึงความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพของท่านในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่เห็นด้วย, 1 = เห็นด้วยเล็กน้อย, 2 = เห็นด้วยปานกลาง, 3 = เห็นด้วยมาก

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยปานกลาง (2)	เห็นด้วยเล็กน้อย (1)	ไม่เห็นด้วย (0)
1	เนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง				
2	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง				
3	ผู้สูงอายุทุกคนควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี				
4	ผู้สูงอายุที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง				
5	ผู้สูงอายุที่เครียด วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย				
6	ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรงดอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี				
7	ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา				

3. ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่ปฏิบัติเลย, 1 = ปฏิบัติบางครั้ง, 2 = ปฏิบัติปานกลาง, 3 = ปฏิบัติมาก

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติมาก (3)	ปฏิบัติปานกลาง (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (1)	ไม่ปฏิบัติเลย (0)
1	ผู้สูงอายุอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี				
2	ผู้สูงอายุฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี				
3	ผู้สูงอายุได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				
4	ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง				
5	ผู้สูงอายุได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				

4. ทักษะการตัดสินใจ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่ปฏิบัติเลย, 1 = ปฏิบัติบางครั้ง, 2 = ปฏิบัติปานกลาง, 3 = ปฏิบัติมาก

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติมาก (3)	ปฏิบัติปานกลาง (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (1)	ไม่ปฏิบัติเลย (0)
1	ถ้าผู้สูงอายุเป็นเบาหวานมีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ผู้สูงอายุจะกินหรือไม่				
2	ถ้าผู้สูงอายุเป็นความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่				
3	ถ้าผู้สูงอายุปวดเมื่อยกล้ามเนื้อท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่				
4	ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ผู้สูงอายุจะเลือกงดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การลุกเดินหรือเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว				
5	หากผู้สูงอายุจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะพิจารณาจากการเปรียบเทียบผลดีผลเสียของการฝังเข็มก่อน				
6	ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีการกับความเครียดได้ด้วยตนเอง				
7	ผู้สูงอายุทราบหรือสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น				

5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่ปฏิบัติเลย, 1 = ปฏิบัติบางครั้ง, 2 = ปฏิบัติปานกลาง, 3 = ปฏิบัติมาก

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติมาก (3)	ปฏิบัติปานกลาง (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (1)	ไม่ปฏิบัติเลย (0)
1	ผู้สูงอายุได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ				
2	ผู้สูงอายุได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์				
3	ผู้สูงอายุสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้				
4	ผู้สูงอายุได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้				
5	หลังจากทบทวน ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				

6. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเป็นคำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

0 = ไม่ปฏิบัติเลย, 1 = ปฏิบัติบางครั้ง, 2 = ปฏิบัติปานกลาง, 3 = ปฏิบัติมาก

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติมาก (3)	ปฏิบัติปานกลาง (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (1)	ไม่ปฏิบัติเลย (0)
1	ผู้สูงอายุเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ				
2	ผู้สูงอายุนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา				
3	ผู้สูงอายุเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ				
4	หากผู้สูงอายุคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ผู้สูงอายุนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง				
5	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ผู้สูงอายุนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนอื่น				



ภาคผนวก ค

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตารางผนวกที่ 1 รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สังกัด	ความเชี่ยวชาญ
เบญจมาศ ถาดแสง	อาจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
จิรวัดน์ รักชาติ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้	สังคมศาสตร์
กัญจน์ จันทร์ศรีสุคต	อาจารย์ ดร.	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้	การพัฒนาสุขภาพ





ภาคผนวก ง

ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ผลการตรวจสอบแบบประเมิน IOC (Index of Items Objective Congruence)
เครื่องมือวิจัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจงผู้เชี่ยวชาญ

คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องตามประเด็นเนื้อหาหลัก

คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องตามประเด็นเนื้อหาหลัก

คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องตามประเด็นเนื้อหาหลัก

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ทั้งหมด 9 ข้อ

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. อายุ.....ปี	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่าร้าง <input type="checkbox"/> 4. แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. การศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน <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. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
5. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ <input type="checkbox"/> 3. ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> 4. เกษตรกร <input type="checkbox"/> 5. รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
6. รายได้ต่อเดือน <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท <input type="checkbox"/> 2. 10,000 - 50,000 บาท <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 50,000 บาท <input type="checkbox"/> 4. ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
7. สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> 1. บัตรสวัสดิการของรัฐ/บัตรทอง <input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3. เบิกตรง <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
8. ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว.....ปี	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....คน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลสุขภาพ การใช้บริการสถานที่พักผ่อนออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ โดยถามในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คุณได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. การรับบริการตรวจสุขภาพ ในสถานบริการสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. การรับบริการตรวจสุขภาพ ตามสิทธิการรักษาที่ได้รับ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม เบิกได้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. การไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำหรือข้อมูลสุขภาพ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. การเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพศึกษาหรือรับคำแนะนำด้านสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. การใช้บริการสถานที่ออกกำลังกาย ในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือชุมชน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
6. การได้รับบริการเยี่ยมบ้าน แนะนำให้คำปรึกษาโดย บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) หรือจิตอาสา	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ การมีส่วนร่วมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ

ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คุณได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
กิจกรรมนันทนาการ						
1. ไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ไปเยี่ยมเพื่อนบ้านหรือมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	1	0	1	2	0.67	สอดคล้อง
การมีส่วนร่วมทางสังคม						
4. ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ ของชุมชน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
6. ไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน	1	0	1	2	0.67	สอดคล้อง
การสนับสนุนทางสังคม						
7. คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวผู้สูงอายุส่งเสริมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
8. คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวผู้สูงอายุ ดูแลส่งเสริมอำนวยความสะดวกรับส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุข	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
9. คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวผู้สูงอายุให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำอารมณ์ให้ผ่อนคลาย แก่ผู้สูงอายุ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
10. คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวผู้สูงอายุแนะนำให้ผู้สูงอายุสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย และสามารถบอกการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้สูงอายุได้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
11. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน ญาติพี่น้อง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
12. ผู้สูงอายุมีคนที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหา ได้ทุกเรื่อง หรือเมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้ และสังคมรอบตัวผู้สูงอายุได้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านจิตวิทยา

4.1 แบบประเมินความสุขของประชาชน (กรมสุขภาพจิต)

คำถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เป็นการประเมินเหตุการณ์ อាកาร ความคิดเห็นและความรู้สึก ว่าอยู่ในระดับใด จำนวน 15 ข้อ

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่า มีประโยชน์)	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตของผู้สูงอายุมีความสุข	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลใจ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. ผู้สูงอายุพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
6. ผู้สูงอายุเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขได้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
7. ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
8. ผู้สูงอายุรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
9. ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
10. ผู้สูงอายุพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
11. ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจในตนเอง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
12. ผู้สูงอายุมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านเมื่อผู้สูงอายุต้องการ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
13. ครอบครัวของผู้สูงอายุมีความรักและผูกพันต่อกัน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
14. ถ้าผู้สูงอายุป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของผู้สูงอายุจะดูแลท่าน เป็นอย่างดี	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
15. สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

4.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง ความสนใจตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเพียรพยายาม ละเอียดรอบคอบ เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ยอมรับผลการกระทำของตนทั้งในด้านที่เป็นผลดีและผลเสีย ทั้งพยายามปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น จำนวน 3 ข้อ
คำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. ผู้สูงอายุยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำต่างจากที่ผู้สูงอายุคิด	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. เมื่อผู้สูงอายุทำผิด ผู้สูงอายุสามารถกล่าวคำขอโทษผู้อื่นได้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. ถึงแม้ผู้สูงอายุจะเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ผู้สูงอายุก็นินดีที่จะทำเพื่อส่วนรวม	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

4.3 การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในการสื่อสารโดยใช้ท่าทางการแสดงออกทางอารมณ์และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 3 ข้อ
คำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่กับผู้อื่น	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ผู้สูงอายุแสดงท่าทางเมื่อท่านรู้สึก ดีใจ เสียใจ โกรธ	1	0	1	2	0.67	สอดคล้อง
3. เมื่อผู้สูงอายุต้องการรู้จักบุคคลหนึ่ง ผู้สูงอายุจะแสดงท่าทางกระตือรือร้นเพื่อแสดงความต้องการ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

4.4 การควบคุมอารมณ์ของตนเอง เป็นความสามารถของผู้สูงอายุ ในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง โดยสังเกตจากการแสดงท่าทาง สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้และสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม จำนวน 3 ข้อ

คำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. เมื่อถูกขัดใจ ผู้สูงอายุมักรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. เมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ผู้สูงอายุจะอธิบายเหตุผลจนผู้อื่นยอมรับได้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. ผู้สูงอายุสามารถรอคอย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.1 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถใน การฟัง การดูการพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลัก เหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งตามระดับของความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

คำถามถึงการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1.เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันทีเช่น การใช้อินเทอร์เน็ต	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
4. ผู้สูงอายุนำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือ จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. ผู้สูงอายุสามารถได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จากหน่วยงานบริการสุขภาพในชุมชนผู้สูงอายุ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

5.2 ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค หมายถึง การนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อแก้ปัญหาลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต จำนวน 7 ข้อ คำถามถึงความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง	1	0	1	2	0.67	สอดคล้อง
3. ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. ผู้สูงอายุที่เครียด วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
6. ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรดื่มน้ำหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
7. ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

5.3. ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง การนำเสนอเผยแพร่ชักชวนต่อรองและรณรงค์ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิหน้าที่ กฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อกระตุ้น ชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม จำนวน 5 ข้อ คำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. ผู้สูงอายุอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ แล้วเข้าใจดี	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ผู้สูงอายุฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้ว เข้าใจดี	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. ผู้สูงอายุได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ให้ดีขึ้น	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. ผู้สูงอายุสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับ ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. ผู้สูงอายุได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

5.4 ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการคิดวิเคราะห์ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่ จำนวน 7 ข้อ คำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. ถ้าผู้สูงอายุเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำอัดลม มาฝาก ผู้สูงอายุจะกินหรือไม่	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ถ้าผู้สูงอายุเป็นความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจะ เลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. ถ้าผู้สูงอายุปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจะ ซื้อยากินเองหรือไม่	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ผู้สูงอายุจะเลือกออกกำลังกายด้วยการเดินช้าๆ ในสวน	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
5. หากผู้สูงอายุจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจะตัดสินใจฝังเข็ม โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการฝังเข็ม	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
6. ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเอง	1	0	1	2	0.67	สอดคล้อง
7. ผู้สูงอายุคิดว่าเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ผู้สูงอายุทราบแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือได้	1	0	1	2	0.67	สอดคล้อง

5.5 ด้านทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการ ทักษะ และกลยุทธ์ระดับบุคคล ที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง จำนวน 5 ข้อ
 คำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. ผู้สูงอายุได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ผู้สูงอายุได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. ผู้สูงอายุสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. ผู้สูงอายุได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. หลังจากทบทวน ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง

5.6 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอและสามารถตีความเนื้อหา

นัยที่แฝงอยู่ในสื่อและสามารถประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้ จำนวน 5 ข้อ

คำถามการปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3			
1. ผู้สูงอายุเชื่อมโยงเนื้อหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
2. ผู้สูงอายุนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
3. ผู้สูงอายุเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
4. หากผู้สูงอายุคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง
5. หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ผู้สูงอายุนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนอื่น	1	1	1	3	1.00	สอดคล้อง



ภาคผนวก จ

ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ตารางผนวกที่ 2 ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของตัวแปรอิสระ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่	ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
	ค่าความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา
1. ด้านชีวิตร่วม	1.00
2. ด้านระบบบริการสุขภาพ	1.00
3. ด้านสังคมและวัฒนธรรม	0.95
4. ด้านจิตวิทยา	0.99
ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา	0.99

ตารางผนวกที่ 3 ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของตัวแปรตาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่	ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
	ค่าความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	1.00
2. ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	0.95
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	1.00
4. ทักษะการตัดสินใจ	0.91
5. ทักษะการจัดการตนเอง	1.00
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	1.00
ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา	0.98

จากตารางผนวกที่ 2 และ 3 พบว่า ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ 0.50 แสดงว่าแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้

ตารางผนวกที่ 4 ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรอิสระ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่	กลุ่มตัวอย่าง 40 คน
	ค่าความเชื่อมั่น
1. ด้านชีวสังคม	0.82
2. ด้านระบบบริการสุขภาพ	0.86
3. ด้านสังคมและวัฒนธรรม	0.81
4. ด้านจิตวิทยา	0.85
ค่าความเชื่อมั่นรวม	0.84

ตารางผนวกที่ 5 ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรตาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่	กลุ่มตัวอย่าง 40 คน
	ค่าความเชื่อมั่น
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.81
2. ทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	0.85
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.88
4. ทักษะการตัดสินใจ	0.80
5. ทักษะการจัดการตนเอง	0.80
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	0.82
ค่าความเชื่อมั่นรวม	0.83

จากตารางผนวกที่ 4 และ 5 พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ 0.70 แสดงว่าแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ได้



ภาคผนวก จ

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

โครงการวิจัยเรื่อง : ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย : 1. นางพิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ
2. อาจารย์ ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์

เอกสารที่พิจารณา :

- | | | |
|---|-----------------|-----------------------|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับลงวันที่ 24 | เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ | ฉบับลงวันที่ 24 | เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 |
| 3. แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร | ฉบับลงวันที่ 24 | เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 |
| 4. แบบยินยอมอาสาสมัคร | ฉบับลงวันที่ 24 | เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 |
| 5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | ฉบับลงวันที่ 24 | เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 |
| 6. เอกสารรับรองการสอบผ่านโครงร่างวิทยานิพนธ์ | ฉบับลงวันที่ 24 | เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 |
| 7. ประวัติผู้วิจัย | | |
| 8. ใบผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | | |

ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยได้ โดยให้ส่งรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 6 เดือน แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย



(รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศร นวนานนท์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เลขที่ใบรับรอง : HE-018-2566

วันที่รับรอง : 15 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : 14 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567



Ethics in Human Research Certificate
Nakhon Ratchasima Rajabhat University


Protocol Title : Health Literacy of the Elderly in Rural Area, Chiangmai Province

Principle Investigator : 1. Mrs. Phimduengjai Chaichana
 2. Dr. Metee Wongweerapun

Reviewed Document :

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Submission Form for Ethical Review | 24 January 2023 |
| 2. Full Protocol | 24 January 2023 |
| 3. Participant information sheet | 24 January 2023 |
| 4. Informed consent form | 24 January 2023 |
| 5. Research Instrument | 24 January 2023 |
| 6. Certificate of Dissertation Proposal | 24 January 2023 |
| 7. Principle Investigator's Curriculum Vitae | |
| 8. Certificate of Attendance in Human subject protection Training | |

Ethics in Human Research Committee, Nakhon Ratchasima Rajabhat University has reviewed and approved this research to be carried out according to this research in compliance with the declaration of Helsinki, ICH - GCP. The investigator shall provide reports to the committee concerning the progress of the research every 6 months as well as the amendment, termination, and all serious adverse and unanticipated events. The investigator shall submit the full protocol once the research is done.


 (Associate Professor Dr. Aklarm Naowanondha)
 Chairman of Ethics in Human Research Committee
 Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Certificate Number : HE-018-2023

Approval date : 15 February 2023

Expiry date : 14 February 2024



ภาคผนวก ช

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางพิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ
เกิดเมื่อ	22 กุมภาพันธ์ 2511
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2542 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2531 พยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ เชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2531 - 2560 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย พ.ศ. 2558 - 2560 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย พ.ศ. 2560 - 2562 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย

บรรณานุกรม



ประวัติผู้วิจัย

