

# ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง

กิจปพน ศรีธานี\*

## บทคัดย่อ

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยชรา สุขภาพย่อมจะเสื่อมถอยลง แต่ถ้าหากผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพก็จะช่วยชะลอการเสื่อมถอยนั้นได้หรือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรมต่างๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอแนะให้ประชาชนดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การงดสูบบุหรี่และการงดดื่มสุรา 2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ 3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์ จำนวน 600 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $r = 0.305$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ ควรเร่งรัดให้มีการประเมินและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ทางสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่การมีข้อมูลขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดแผนงาน ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และปริมาณที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในอนาคต โดยเน้นที่องค์ประกอบที่มีความจำเป็นเร่งด่วนก่อน เช่น ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

**คำสำคัญ:** ความฉลาดทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต

## Abstract Relationship between Health Literacy and Quality of the Elderly's Life at the Central Part of the North-East Thailand Kitpapon Srithanee\*

\*Faculty of Science and Technology, Rajabhat Mahasarakham University

When getting old, health usually becomes decelerating. Generally, it is believed that health literacy could replenish the elderly to good quality of life; hence the research tried to prove this belief. This study is a descriptive research comprising two objectives. Firstly, it aimed to investigate the level of the elderly's health literacy according to the ABCDE behavioral campaign by the Ministry of Public Health (A: Alcohol abandon, B: Baccy, no tobacco smoking, C: Coping with emotion, D: Diet consumption, and E: Exercise). Secondly, the research examined the relationship between health literacy and the quality of life of the elderly in the Central Region of the Northeast. The research was done with 600 elderly living in Roi-et, Khon Kaen, Mahasarakham and Kalasin. The data were collected by interviewing conducted during January to March, 2015 and were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient. The results revealed that the overall level of the elderly health literacy according to the campaign was low but the quality of life of the elderly was high. The relationship between health literacy and quality of life of the elderly was positive ( $r=0.305$ ,  $p<0.01$ ). From the findings, the researcher suggested that there should urgently be wider assessment of the elderly health literacy at both individual and community levels in order to know the real health status of the elderly. The result of the wider assessment will be useful for creating qualified strategic plan appropriate to the situation of the elderly increase in the future. The strategic plan in the future should focus on urgent needs in developing the elderly's skills such as; information access, communication, and media literacy.

**Keywords:** health literacy, the elderly, quality of life

\*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

## ภูมิหลังและเหตุผล

ทุกวันนี้ คนทั่วไปได้รับรู้และตระหนักแล้วว่าประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยไปแล้ว แต่สิ่งที่หลายคนโดยเฉพาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนและนโยบายอาจคาดไม่ถึงคือ ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ ประเทศไทยกำลังกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup> การเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยดังกล่าวนี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากในช่วงที่ผ่านมา การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น จะเห็นได้จากข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2548-2553 ผู้ชายไทยและผู้หญิงไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงถึง 68.5 ปีและ 75 ปีตามลำดับ และคาดว่าในช่วงปี พ.ศ. 2568-2573 จะเพิ่มขึ้นถึง 73.6 ปี และ 79.1 ปี ในผู้ชายและในผู้หญิงตามลำดับ<sup>(2)</sup> เมื่อประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ย่อมมีภาวะการเจ็บป่วยมากขึ้นเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยพบว่าระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะสุขภาพไม่ดี การสำรวจในปี พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีเพียงร้อยละ 43 โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น<sup>(3)</sup> ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ) ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การคมนาคม โครงสร้างทางสังคม (บทบาทและสัมพันธภาพ)<sup>(4)</sup>

การที่ระดับภาวะสุขภาพแตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยคุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึง

พอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.1) อยู่ในระดับปานกลาง<sup>(5)</sup> ซึ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม (ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง) ก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และยังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ<sup>(6)</sup> ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้หรือมีความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง คุณลักษณะของผู้ที่มีทักษะความรู้ ความเข้าใจในการเข้าถึงข้อมูล มีทักษะการสื่อสารข้อมูล และมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อ<sup>(7)</sup> เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ ประเมินการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนะว่า เพื่อสุขภาพที่ดีประชาชนควรดูแลพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมในอย่างน้อย 5 ประการ คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา (3อ2ส) และจากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ2ส ที่ผ่านมามีพบว่า ประชาชนในหลายพื้นที่ที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(8)</sup> ในขณะที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ<sup>(9)</sup> เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยมากกว่าในวัยอื่น ส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้และทักษะด้านต่างๆ ลดลงตามไปด้วย และอาจส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง (กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์) ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โดยที่พบว่าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ชัดเจน มีการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเพื่อประกอบอาชีพในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญ ทำให้สมาชิกในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพัง

จากการสำรวจทั่วประเทศที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีสัดส่วนสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 6 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 16 ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวได้เพิ่มขึ้นเป็นเกือบร้อยละ 9 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19<sup>(1)</sup> ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยขาดลูกหลานดูแลกลุ่มนี้จึงน่าจะเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสุขภาพ หากภาวะสุขภาพไม่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำก็ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีวิธีการหรือแนวทางแตกต่างไปจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง การวิจัยครั้งนี้จึงการเป็นการวิจัยนำร่องเพื่อที่จะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในกลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน และจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในลักษณะของการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ โดยนำผลการศึกษากลับไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การช่วยเหลือและกำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

## ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ2ส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว

## กลุ่มตัวอย่างและการสำรวจ

งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่ถูกสุ่มมาจากระดับตำบลซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 34 แห่ง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายมา 8 แห่ง ให้โคเวตจังหวัดละ 2 แห่ง ได้ประชากรทั้งหมด 9,064 คน จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เลือกขนาดตัวอย่างตามความคลาดเคลื่อน  $\pm 4\%$  ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 588 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 600 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ<sup>(10)</sup> และจากแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam<sup>(7)</sup> ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ประชากรในชุมชนที่ทำการศึกษาโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ข้อคำถามทั้งหมดมี 3 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มี 4 ข้อ ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิต ข้อคำถามเป็นแบบ Dichotomous ประกอบด้วยข้อคำถามที่เมื่อผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติหรือปฏิบัติแล้วส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 15 ข้อ ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินความฉลาดทางด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ2ส เป็น rating scale 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้านๆ ละ 5 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านความรู้เท่าทันสื่อ โดยประยุกต์มาจากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี<sup>(8)</sup>

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจำแนกระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของบุญธรรมกิจปริดาภิสุทธิ<sup>(11)</sup> ซึ่งจำแนกแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนอยู่ช่วงร้อยละ 0-49 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 50-

74 และระดับสูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป  
 ดังนั้น เกณฑ์คะแนนคุณภาพชีวิตจากทั้งหมด 15 ข้อๆ  
 ละ 1 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 15 คะแนน  
 จำแนกเป็น 3 ระดับได้ดังนี้  
 ระดับต่ำ (ร้อยละ 0-49) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-7.49  
 ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50-74) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง  
 7.50-11.24  
 ระดับสูง (ร้อยละ 75 ขึ้นไป) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 11.25-  
 15.00 และเกณฑ์คะแนนความฉลาดทางสุขภาพจากทั้งหมด 3  
 ด้านๆ ละ 5 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนเป็น 0-4 คะแนน ดังนั้นมี  
 คะแนนรวมทั้งละด้านเท่ากับ 20 คะแนน จำแนกเป็น 3  
 ระดับได้ดังนี้  
 ระดับต่ำ (ร้อยละ 0-49) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-9.99  
 ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50-74) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง  
 10.00-14.99  
 ระดับสูง (ร้อยละ 75 ขึ้นไป) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 15.00-  
 20.00 และระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมทั้ง 3 ด้านมี  
 คะแนนเต็มเท่ากับ 60 จำแนกเป็น 3 ระดับได้ดังนี้  
 ระดับต่ำ (ร้อยละ 0-49) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-  
 29.99  
 ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50-74) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง  
 30.00-44.99  
 ระดับสูง (ร้อยละ 75 ขึ้นไป) มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 45.00-  
 60.00

### การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน  
 2558 ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป  
 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่า  
 เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์  
 สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน

### ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัด

ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ จำนวน 600 คน  
 และจากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุจำนวน 600 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง  
 (ร้อยละ 60.8) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 56.8)  
 มีอายุเฉลี่ย 69.16 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา  
 ศึกษา (ร้อยละ 85.3) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่  
 (ร้อยละ 62.7)

ผู้สูงอายุร้อยละ 48.8 มีโรคประจำตัว ในกลุ่มนี้ส่วน  
 ใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 24.3) รองลงมาคือโรค  
 ประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 18.5) และส่วนน้อยมีโรคประจำตัว  
 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 6.0) ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว  
 หรือไม่ทราบว่าโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 51.2

ผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว  
 มากที่สุดคือร้อยละ 34.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ  
 31.2) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 9.2) และโรคหัวใจและ  
 หลอดเลือด (ร้อยละ 5.8)

2. ร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี  
 การปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้งรวมกันมากที่สุดในแต่ละด้าน  
 ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คือข้อที่ 4 “ผู้  
 สูงอายุมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน  
 ตามหลักพฤติกรรม 3๒2ส โดยการสืบค้นมาจากหลายๆ แหล่ง  
 บ่อยครั้งแค่ไหน” คิดเป็นร้อยละ 41.4 ด้านทักษะการสื่อสาร  
 คือข้อที่ 9 “ผู้สูงอายุเคยเล่าเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก  
 พฤติกรรม 3๒2ส ให้กับคนอื่นๆ เช่น คนในครอบครัว เพื่อน  
 บ้าน ได้รับฟัง จนบุคคลดังกล่าวเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน” คิด  
 เป็นร้อยละ 32.5 และ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ คือข้อที่ 11 “เมื่อผู้  
 สูงอายุเห็นโฆษณาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหาร วิธีการ  
 ออกกำลังกาย บูหรี่ หรือสุราชนิดใหม่ๆ ทางโทรทัศน์ และ  
 เกิดความสนใจ ผู้สูงอายุมีการหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่งเพื่อ  
 ตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน”  
 คิดเป็นร้อยละ 37.6

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความฉลาดทางสุขภาพตาม  
 หลักพฤติกรรม 3๒2ส โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=28.72;  
 SD=7.12) ความฉลาดทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและ



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2๕ ของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n=600 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ	พฤติกรรมปฏิบัติ				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
<b>ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ</b>					
1. เมื่อผู้สูงอายุต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3๐2๕ ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที บ่อยครั้งแค่ไหน	30 (6.9)	176 (16.3)	255 (42.5)	98 (29.3)	41 (5.0)
2. เมื่อผู้สูงอายุต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3๐2๕ สามารถค้นหาจนได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน	24 (10.6)	136 (22.0)	244 (40.7)	132 (22.7)	64 (4.0)
3. ผู้สูงอายุมีปัญหาในการค้นหาข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐2๕ จากแหล่งข้อมูลสุขภาพต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน	54 (5.5)	152 (22.7)	225 (37.5)	136 (25.3)	33 (9.0)
4. ผู้สูงอายุมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก พฤติกรรม 3๐2๕ โดยการสืบค้นมาจากหลายๆ แหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน	24 (14.0)	119 (27.4)	209 (34.8)	164 (19.8)	84 (4.0)
5. ผู้สูงอายุมีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก พฤติกรรม 3๐2๕ จนเชื่อว่าข้อมูลดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน	29 (12.2)	124 (24.3)	228 (38.0)	146 (20.7)	73 (4.8)
<b>ด้านทักษะการสื่อสาร</b>					
6. ผู้สูงอายุเคยได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐2๕ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน	22 (7.2)	117 (24.5)	271 (45.2)	147 (19.5)	43 (3.6)
7. ผู้สูงอายุเคยได้ฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐2๕ จากบุคคล ต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน	28 (4.7)	108 (18.0)	258 (43.0)	174 (29.0)	32 (5.3)
8. ผู้สูงอายุเคยร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อช่วยให้สามารถอ่าน ข้อมูลจากสื่อสุขภาพเรื่อง 3๐2๕ บ่อยครั้งแค่ไหน	46 (7.7)	120 (20.0)	222 (37.0)	165 (27.5)	47 (7.8)
9. ผู้สูงอายุเคยเล่าเรื่องการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3๐2๕ ให้กับคนอื่นๆ เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ได้รับฟัง จนบุคคลดังกล่าวเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	46 (7.7)	149 (24.8)	226 (37.7)	115 (19.2)	64 (10.6)
10. ผู้สูงอายุแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตาม หลัก 3๐2๕ เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	23 (3.8)	131 (21.8)	232 (38.7)	138 (23.0)	76 (12.7)
<b>ด้านการรู้เท่าทันสื่อ</b>					
11. เมื่อผู้สูงอายุเห็นโฆษณาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหาร วิธีการออก กำลังกาย บุหรี่ หรือสุราชนิดใหม่ๆ ทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ผู้สูงอายุมีการหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	57 (9.6)	168 (28.0)	191 (31.8)	119 (19.8)	65 (10.8)
12. เมื่อผู้สูงอายุเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะ หรือจากเว็บไซต์ และมีความสนใจสินค้านี้ ผู้สูงอายุตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติม จากแหล่งอื่นๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสินค้านี้ก่อนตัดสินใจ ซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	28 (4.7)	143 (23.8)	211 (35.2)	149 (24.8)	69 (11.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2๗ ของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n=600 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ	พฤติกรรมปฏิบัติ				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
13. ผู้สูงอายุมีการใช้เหตุผล หรือ มีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อให้มีการปฏิบัติตนถูกต้องตามหลัก 3๐2๗ บ่อยครั้งแค่ไหน	37 (6.2)	140 (23.3)	236 (39.3)	146 (24.3)	41 (6.9)
14. เมื่อผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพมีการวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาเกี่ยวกับ 3๐2๗ โดยไม่เชื่อในทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน	20 (3.3)	132 (22.0)	231 (38.6)	173 (28.8)	44 (7.3)
15. ผู้สูงอายุจะพูดคุย ปรึกษา วิเคราะห์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๐2๗ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจากสื่อต่างๆ บ่อยครั้งแค่ไหน	32 (5.3)	119 (19.8)	251 (41.9)	150 (25.0)	48 (8.0)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2๗ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=600 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	Mean	SD
<b>ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ</b>						
ระดับต่ำ (0.0-9.9 คะแนน)	257	42.8	0.0	9.0	6.77	1.96
ระดับปานกลาง (10.0-14.9 คะแนน)	326	54.4	10.0	14.0	11.55	1.35
ระดับสูง (15.0-20.0 คะแนน)	17	2.8	15.0	17.0	15.18	0.53
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>	<b>0.0</b>	<b>17.0</b>	<b>9.61</b>	<b>3.01</b>
<b>ด้านทักษะการสื่อสาร</b>						
ระดับต่ำ (0.0-9.9 คะแนน)	282	47.0	0.0	9.0	7.71	1.62
ระดับปานกลาง (10.0-14.9 คะแนน)	310	51.7	10.0	14.0	10.95	1.05
ระดับสูง (15.0-20.0 คะแนน)	8	1.3	15.0	18.0	15.63	1.06
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>	<b>0.0</b>	<b>18.0</b>	<b>9.49</b>	<b>2.21</b>
<b>ด้านความรู้เท่าทันสื่อ</b>						
ระดับต่ำ (0.0-9.9 คะแนน)	275	45.8	0.0	9.0	5.94	2.44
ระดับปานกลาง (10.0-14.9 คะแนน)	255	42.5	10.0	14.0	11.77	1.38
ระดับสูง (15.0-20.0 คะแนน)	70	11.7	15.0	20.0	16.36	1.62
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>	<b>0.0</b>	<b>20.0</b>	<b>9.63</b>	<b>4.16</b>
<b>โดยรวมทั้ง 3 ด้าน</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>	<b>0.0</b>	<b>20.0</b>	<b>28.72</b>	<b>7.12</b>





บริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Mean=9.61; SD=3.01) ความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ (Mean=9.49; SD=2.21) และความฉลาดทางสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ (Mean=9.63; SD=4.16) รายละเอียดดังตารางที่ 2

4. ร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าร้อยละสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 97.8) รองลงมาคือ การได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือและการได้รับคำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาแก่บุตรหลานหรือบุคคลอื่น (ร้อยละ 92.7)

ส่วนประเด็นที่มีค่าร้อยละน้อยที่สุดคือ การมีงานทำที่มีรายได้ (ร้อยละ 45.8) รายละเอียดดังตารางที่ 3

5. ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (Mean=12.41; SD=2.20) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 69.5 มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (Mean=13.60; SD=1.07) รองลงมาคือร้อยละ 27.7 มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.11; SD=0.97) และร้อยละ 2.8 มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Mean=5.65; SD=1.50) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n=600)

ประเด็นคุณภาพชีวิต	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย	587	97.8	13	2.2
2. การได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือ	558	93.0	42	7.0
3. การได้ให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาแก่บุตรหลานหรือบุคคลอื่น	556	92.7	44	7.3
4. การได้รับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	552	92.0	48	8.0
5. การได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปจากสื่อต่างๆ	547	91.2	53	8.8
6. การได้รับการตรวจสุขภาพทั่วไปประจำปี	540	90.0	60	10.0
7. การที่ได้อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน/บริเวณเดียวกันกับบุตรหลาน	531	88.5	69	11.5
8. การไม่เคยถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกเอาเปรียบ	521	86.8	79	13.2
9. การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	518	86.3	82	13.7
10. การมีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง	462	77.0	138	23.0
11. การได้ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	425	70.8	175	29.2
12. การมีสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านที่เหมาะสมและปลอดภัย	402	67.0	198	33.0
13. การมีงานทำที่มีรายได้	275	45.8	325	54.2

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=600)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	Mean	SD
ระดับต่ำ (0.00-7.49 คะแนน)	17	2.8	3.0	7.0	5.65	1.50
ระดับปานกลาง (7.50-11.24 คะแนน)	166	27.7	8.0	11.0	10.11	0.97
ระดับสูง (11.25-15.00 คะแนน)	417	69.5	12.0	15.0	13.60	1.07
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>	<b>3.0</b>	<b>15.0</b>	<b>12.41</b>	<b>2.20</b>

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม 3๐2ส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=600)

ตัวแปร	r	p-value
ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม	0.305*	0.000

\*p-value <0.01

6. ความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2ส มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $r=0.305$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดดังตารางที่ 5

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ดังนั้นผลวิจัยอาจไม่สะท้อนถึงความฉลาดทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ผลการศึกษาด้านความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2ส ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=28.72; SD=7.12) รวมไปถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพรายด้าน พบว่าทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารและด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปซึ่งพบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2ส ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(8)</sup> โดยอาจกล่าวได้ว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลด้วย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการมีอายุมากขึ้น<sup>(12)</sup> ดังนั้นคนสูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงอาจมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำกว่าบุคคลกลุ่มอื่นอันเนื่องมาจากปัญหาความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย รวมไปถึงลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ อีกด้วย กล่าวคือการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.2) เป็นผู้สูงอายุในช่วงวัยตอนกลางและตอนปลายคือเป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่เป็นผู้มี

ระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำคือร้อยละ 85.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงอาจส่งผลกระทบต่อทักษะการใช้ภาษาและการสื่อสาร ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุร้อยละ 7.6 ไม่ได้รับการศึกษาอีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจึงอาจส่งผลกระทบต่อความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ในทันที จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต การค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม การตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจนเชื่อได้ว่ามีความน่าเชื่อถือ ด้านทักษะการสื่อสารโดยสามารถอ่านเอกสารได้เข้าใจ ฟังคำแนะนำจากบุคคลอื่นแล้วเข้าใจ หรือสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลรวมไปถึงความสามารถในการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้คนอื่นเข้าใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อโดยสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อ สามารถวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียประเมินเนื้อหาและเปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ ได้ จากประเด็นทั้งหมดนี้เมื่อได้ประเมินระดับความถี่แล้ว ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุทำได้ทุกครั้งไม่เกินร้อยละ 10 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะในการสื่อสาร และด้านการรู้เท่าทันสื่อโดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตชนบท

แม้ว่าความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ แต่กลับพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 69 มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในบางจังหวัดของทางภาคเหนือพบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี<sup>(13)</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยบางชิ้น เช่นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสกลนครซึ่งอยู่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือแม้แต่งานวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(14,15)</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้าน





บริบทของกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเป็น คนละชุดกัน งานวิจัยเหล่านี้เน้นประเมินคุณภาพชีวิตด้าน ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของบุคคล ตามเครื่องชี้ วัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาใน ครั้งนี้ที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน ประเด็นด้านความมั่นคงในชีวิตทั้งด้านสุขภาพ ที่อยู่อาศัย ชีวิตครอบครัวและการอยู่ในชุมชน ความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน ด้านการศึกษา เศรษฐกิจและด้านสังคม ซึ่งเป็น ประเด็นที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยพบ ว่าประเด็นที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ จ่ายของตนเองถึงร้อยละ 77.0 มีเงินออมร้อยละ 72.7 รวมไปถึง มีผู้สูงอายุจำนวนเกือบถึงครึ่งคือร้อยละ 45.8 มีงานทำที่มี รายได้ ประเด็นเหล่านี้อาจแสดงให้เห็นได้ว่าการได้รับการ สนับสนุนด้วยเบี้ยยังชีพจากภาครัฐแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงภาวะ การมีงานทำในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้นที่ยัง มีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุจากการ ศึกษาครั้งนี้ถึงร้อยละ 33.0 ที่ยังขาดสิ่งอำนวยความสะดวก ภายในบ้านที่เหมาะสมและปลอดภัยที่จำเป็นต้องดำเนินการ แก้ไข มีรายงานการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า การได้รับการ สนับสนุนจากปัจจัยทางสังคม (social factors) รวมไปถึง ภาวะการมีงานทำ (employment) จะส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้รับปัจจัยสนับสนุนเพียง ระดับต่ำหรือปานกลางจะทำให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุลดลง<sup>(16)</sup> ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตที่ดี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญ กับระดับรายได้และความมั่นคงด้านเศรษฐกิจการเงินของผู้สูง อายุโดยจำเป็นต้องให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพในระดับท้องถิ่น หรือชุมชนที่เป็นชนบท หรืออาจจะต้องพิจารณากำหนด ตำแหน่งงานที่เหมาะสมกับความสามารถและภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อื่นหรือตามบริบทและความสามารถของ ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มวัย มีการขยายอายุการเกษียณงาน รวม

ไปถึงการกำหนดแนวทางหรือยุทธศาสตร์เพื่อรองรับภาวะการ มีงานทำของผู้สูงอายุในระดับเขตพื้นที่หรือระดับประเทศใน อนาคตอีกด้วย

นอกจากนี้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความฉลาดทาง สุขภาพตามหลักพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3อ2ส มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ( $r=0.305$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพและโดย เฉพาะอย่างยิ่งด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health related quality of life : HROOL) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(17,18)</sup> ดังนั้นหากผู้สูงอายุต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องมีความ ฉลาดทางสุขภาพในการหาและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และมีการติดตามสื่อด้านสุขภาพ อย่างรู้เท่าทันนั่นเอง การศึกษาในประเทศไทย<sup>(8)</sup> พบว่าการ ดำเนินการเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ2ส ให้กับบุคคลต้องดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่ง ต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดย ง่ายก่อนเป็นอันดับแรก คือการออกกำลังกายและการรับ ประทานอาหาร ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความ แดกจกานหรือรอบรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการ เลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อระดับ คุณภาพชีวิตในเมืองต้น

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในระดับท้อง ถิ่นหรือระดับตำบล ควรจะต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สุขภาพที่มีความฉลาดทางสุขภาพด้วย ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพและ เข้าถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ในทันทีทุกครั้งไม่เกินร้อยละ 6 ซึ่งยังไม่เพียงพอ ดังนั้นบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สุขภาพในการพัฒนาปรับปรุงความฉลาดทางสุขภาพของ สังคมส่วนรวมจึงต้องใช้กลยุทธ์ด้านการสื่อสาร การสร้างสื่อ ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการให้บริการช่วยเหลืออื่นๆ ที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้รับสารที่มีความแตกต่างและ

หลากหลายในระดับความรู้อยู่ ความสามารถ ภาษาและวัฒนธรรม<sup>(19)</sup>

## ข้อยุติ

งานวิจัยครั้งนี้ยืนยันประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในทุกๆ ด้านเพื่อจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เนื่องจากผลของความฉลาดทางสุขภาพคือผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งต้องเผชิญกับวิกฤติทางด้านสุขภาพในหลายๆ ประการ และเมื่อผนวกกับการเกิดกระแสโลกาภิวัตน์ และภูมิภาคภิวัตน์อย่างเช่นกรณีของการรวมกลุ่มจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางที่มีการเคลื่อนย้ายของแหล่งทุนและทรัพยากรทางสุขภาพในจังหวัดใกล้เคียงกัน ก็ยิ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่มีโอกาสประสบปัญหาสุขภาพได้ง่ายขึ้น จึงจะต้องมีการสร้างความพร้อมของผู้สูงอายุเพื่อรองรับสถานการณ์

ระดับความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนเครื่องมือที่ใช้บ่งบอกสถานะทางสุขภาพของประชากรได้ ตลอดจนสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพ ระบบสุขภาพ และนโยบายสุขภาพให้เอื้อประโยชน์แก่ประเทศชาติได้ และยิ่งเมื่อสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจึงยังเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้น ภาครัฐในระดับท้องถิ่นและหน่วยงานสุขภาพในระดับปฐมภูมิจึงควรเร่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการหรือแนวคิดด้านความฉลาดทางสุขภาพ โดยอาจพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายรูปแบบ เช่น การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ การพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นที่เน้นและบูรณาการแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ

การเร่งรัดการประเมินความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคลและในระดับชุมชน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ทางสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่การมีข้อมูลขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดแผนงาน ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และปริมาณที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในอนาคต ดังนั้นควรกำหนดแนวนโยบายในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานด้วยกระบวนการวิเคราะห์กิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไขหรือพัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันทั้งในระดับบุคคลและชุมชน พร้อมทั้งควรดำเนินการวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละระดับให้ชัดเจน โดยเน้นที่องค์ประกอบที่มีความจำเป็นเร่งด่วนก่อน เช่น ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์จากสาขาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่ได้ให้ข้อมูลและแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และให้การช่วยเหลือการดำเนินการศึกษาในพื้นที่เป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2016. 218p.
2. United Nations. World population ageing 2007. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2007.
3. Chunharat S. Situation of the Thai elderly 2009. Bangkok: TQP; 2009. (in Thai)
4. Kongnarin N, Ruanhkam C, Uphara, R. Factor affecting health condition of elderly from middle old age of Chiang Mai province. Chiang Mai: Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai;



2009. (in Thai)
5. Sudsuk U, Charupunphol P, Pongsatitkul P, Kewalinsarit C, Chantarat S, Siengsanor C, et al. The study on situation of activities of daily living, need, and quality of life of the elderly. Bangkok: Association of Senior Wisdom Bank of Thailand; 2009. (in Thai)
  6. Tangpaisarn P, Panchuea R, Oraboot A, Sridach, R. Health-promoting behavior and quality of life of the elderly in Khowrai primary care units, Na Chueak district, Maha Sarakham province. *Journal of Health Systems Research* 2007;1(3-4)suppl2:489-96. (in Thai)
  7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3):259-67.
  8. Suramitaramaitree B. The study of health literacy and situation of health literacy development process of Thai people for the preparation of ASEAN community (Independent study, Foreign Affairs Executive Course) Devawongse Varopakarn Institute of Foreign Affairs; 2013. (in Thai)
  9. Kaewdamkeong K, Threepetsriurai N. Health literacy. Bangkok: New Thammada Press; 2011.
  10. Office of Promotion and Protection of the Elderly. Protecting the rights and promoting the welfare of the elderly standard [Online] Available: <http://www.oppo.opp.go.th> (20 Dec 2014). (in Thai)
  11. Kijpreedaborisut B. Social science research method. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Department of Education, Faculty of Social Science and Humanity, Mahidol University; 1997. (in Thai)
  12. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA* 1999;281:545-51.
  13. Teerakiatkamjorn A. Quality of life of the elders in Suthep Sub-district, Mueang District, Chiang Mai Province, Thailand. *Veridian E-J, Silpakorn Univ.* 2011;4:1-18. (in Thai)
  14. Ketklai P, Jantaraposri W. Factors associated with quality of life of the elderly who receive subsistence allowance in Panna Nikhom district, Sakon Nakhon province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control* 6 Khon Kaen 2012;19(2):55-64. (in Thai)
  15. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2012;22(3):88-98. (in Thai)
  16. Khan AR, Tahir I. Influence of social factors to the quality of life of the elderly in Malaysia. *Open Medicine Journal* 2014;1:29-35.
  17. Wallace LS, Rogers ES, Weiss BD. Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tenn Med* 2008;101(5):35-9.
  18. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling* 2015;98:660-8.
  19. Indhrratana A. Health literacy of health professionals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):174-8.