

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF HEALTH LITERACY OF OLDER PERSONS, BANGKOK METROPOLIS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุใน

กรุงเทพมหานคร

โดย

น.ส.นพวรรณ แกมคำ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

..... ประธานกรรมการ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

.....  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นพวรรณ แกมคำ : การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. (A STUDY OF HEALTH LITERACY OF OLDER PERSONS, BANGKOK METROPOLIS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ที่อาศัยอยู่ในเขตราชเทวี เขตบางพลัด และเขตตลิ่งชัน จำนวน 420 คน โดยซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และหาค่าความ หาค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .874, .870 และ .894 ตามลำดับ (แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติไคน์ แสความนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน
2. เพศ อายุ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่า  $r = .004, -.223, .215, .480, .432$ ตามลำดับ
3. ระดับการศึกษา ไม่มี ความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5977164236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: HEALTH LITERACY, SOCIAL SUPPORT, SOCIAL PARTICIPATION

Noppawan Kamkum : A STUDY OF HEALTH LITERACY OF OLDER PERSONS, BANGKOK METROPOLIS. Advisor: Assoc. Prof. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.

The purpose of this descriptive exploratory research were to study a level of health literacy in older person in Bangkok metropolis and to study the relationships between health literacy and gender, age, income, education level, social participation and social support of older persons in Bangkok Metropolitan. Four hundred and twenty older persons of Ratchathewi, Bang Phlat and Taling Chan District of Bangkok with 60 years old and above. The instruments of this research were composed of Demographic information, Health literacy questionnaire, Modified Social Participation Questionnaire and social support questionnaire. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. The reliabilities of these questionnaires were .870, .874 and .894 respectively (Health literacy questionnaire, Modified Social Participation Questionnaire and social support questionnaire). Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson' s product moment correlation, and Chi-square test The statistical significance level was set at 0.05. The major findings were as followed:

1. The health literacy of older persons in Bangkok Metropolitan was in basic functional level.
2. Gender, age, income, social participation and social support were found to be correlated with health literacy with statistical significance at .05. ( $r=.004, -.223, .215, .480, .432$  respectively)
3. Older persons with difference education levels had no differences in terms of healthy literacy with statistical significance at .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2019

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จ ความเมตตา กรุณา และความช่วยเหลือ เป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมถึงท่าน ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วินิช ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าทั้งในและนอกเวลาราชการในการให้คำปรึกษา พิจารณา ช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนเมตตาแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โททกานนท์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สนิเตชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณา ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน ที่คอยอำนวยความสะดวกในทุกๆ ขั้นตอน ทั้งการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าแนะนำ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

กราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.อารยา เชียงของ ที่ได้ให้ความเมตตากรุณา ช่วยเหลือให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวก ชี้แนะแนวทาง แก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล และกราบขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขที่ช่วยเหลือผู้วิจัยในการพาเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง รวมถึง คุณตา คุณยายผู้สูงอายุที่ในความเมตตา เสียสละเวลามาเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ห้องสังเกตอาการ โรงพยาบาลราชวิถีทุกท่าน ที่ได้ให้โอกาส ส่งเสริมสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสได้ศึกษาต่อ

ท้ายสุดนี้ลูกขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และน้องชายที่รัก ที่คอยสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ทุกจังหวะของชีวิต ให้โอกาส สนับสนุนทั้งทุนทรัพย์และกำลังใจให้แก่ลูก ส่งเสริมทั้งการทำงาน การเรียน และเรื่องส่วนตัวด้วยความรักเสมอมาตลอดชีวิตลูก ขอขอบคุณ Mr.Simon และครอบครัว Bolliger ที่คอยเคียงข้างสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญ ขอขอบคุณกัลยาณมิตรสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุทุกคน คุณพันธมน สุภารี และ คุณนุชพรกุล คุณชมภู ที่คอยจัดการช่วยเหลือเป็นทั้งแรงกายแรงใจ เป็นที่ปรึกษาและเป็นพลังที่สำคัญในการผลักดันให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแก่คุณพ่อคุณแม่ ครู อาจารย์ ครอบครัว เพื่อนๆ และผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์นี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	13
2. ความฉลาดทางสุขภาพ.....	26
3 ความฉลาดทางสุขภาพกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ.....	41
4. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....	42
5. ทฤษฎีการสูงอายุ.....	45
6. นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	50
7. บทบาทพยาบาลในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	54

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
9. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	62
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	65
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	71
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	75
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร .....	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	85
สรุปผลการวิจัย.....	87
การอภิปรายผลการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะ .....	98
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	98
บรรณานุกรม.....	99
ภาคผนวก.....	105
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ .....	106
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	108
ภาคผนวก ค หนังสือขอยืมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	113
ภาคผนวก ง เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย และหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย .....	116
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	123



ภาคผนวก ฉ ความเที่ยงของเครื่องมือ และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	136
ประวัติผู้เขียน.....	142



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเขต .....	65
ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์ของความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (n = 30) .....	74
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา (n=420) .....	78
ตารางที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพแบบแบ่งตามคะแนนกลุ่ม .....	81
ตารางที่ 5 ร้อยละของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม จำแนกตามคุณลักษณะขั้นพื้นฐานของ ความฉลาดทางสุขภาพ .....	81
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร .....	82
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร .....	82
ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุใน เขตกรุงเทพมหานคร .....	83
ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) (n = 420).....	83
ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างระดับการศึกษา กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) (n = 420) .....	84
ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคม กับ ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร .....	84
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ .....	137
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) .....	137
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) .....	137

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการสื่อสาร (communicative skill) .....	138
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการตัดสินใจ (decision skill).....	138
ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการจัดการตนเอง (self-management) .....	138
ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy).....	139
ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม .....	139
ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม .....	139
ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ของ อายุ รายได้ คะแนนการมีส่วนร่วมทางสังคม คะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้ Pearson Correlation .....	140
ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ของเพศกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้ Chi-Square .....	141
ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้ Chi-Square .....	141

**สารบัญภาพ**

หน้า

ภาพที่ 1 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร ..... 14

ภาพที่ 2 แสดง Conceptual model of health literacy as an asset. ของ (Nutbeam, 2008)  
 ..... 28

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 62



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่ามีการคาดประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน ปี พ.ศ. 2569 ว่าจะมีจำนวนมากถึง 17.8 ล้านคน หรือร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) โดยแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ ผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี มีผลทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการดำเนินการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย จึงได้มีการดำเนินงานตามนโยบายในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ต่างๆ เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีศักยภาพ หรือเป็นผู้ที่มีชีวิตยืนยาว มีสุขภาพทางกายและจิตใจตลอดจนมีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) และยังมีนโยบายที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพแก่ผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีความพร้อมในทุกด้าน จึงได้นำแนวคิดการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งสมควรส่งเสริมให้ทรงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2543)

หลายหน่วยงานได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล โดยจะต้องมีทักษะความเข้าใจที่ถูกต้องและการพัฒนาเพิ่มพูนศักยภาพ รวมถึงความสามารถของคนในระดับบุคคล สังคมและชุมชนโดยการใช้มาตรการและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ให้ความสำคัญต่อปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสังคม การดำเนินงานต่างๆ ในเชิงรุก จะส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวมเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายให้ประชาชน (สรายุทธ นามเมือง, 2554) การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่จะส่งผลให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้น และเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองรวมทั้งปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพต่างๆ ด้วย (WHO, 2009) โดยการที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีศักยภาพและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น ควรเน้นการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนทุกวัยในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง (วิรัช มั่นในบุญธรรม, 2559)

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) คือทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถที่จะเข้าใจ และสามารถใช้อ้างอิงที่ได้รับมา ของบุคคลในการใช้อ้างอิงเพื่อส่งเสริมและรักษาการมีสุขภาพที่ดีเอาไว้ (World Health Organization, 1998) และยังถือว่าเป็นกลุ่มทักษะด้านสุขภาพของบุคคล โดยรวมถึงความสามารถต่างๆที่มีในการอ่านการคำนวณ คิด วิเคราะห์เชื่อมโยง ในสิ่งที่จำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคล (American Medical Association, 1990) ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงมีการรณรงค์ให้ประชาชนทั่วโลกได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) โดยสิ่งที่สำคัญในการช่วยเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนนั้น สามารถเริ่มทำได้โดยการดูแลสุขภาพที่ดี ซึ่งในปัจจุบันได้มีการรณรงค์การสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Nutbeam (2000) พบผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาในประชาชนที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ซึ่งพบว่าการมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อในการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น การที่มีอัตราตายก่อนวัยสูง มีอัตราป่วยเรื้อรังสูง จนส่งผลให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงตามมาอีกด้วย สอดคล้องกับรายงาน การศึกษาในผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ โดยพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง (Baker et al., 2007) เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการมีความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสม ตามแนวความคิดของ Nutbeam (2000) ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ การพัฒนาความรู้ รวมถึงสามารถป้องกันความเสี่ยง การมีมาตรฐานในการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปสู่การเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติตนสร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจ และเพื่อเพิ่มความทนทานต่อการแก้ปัญหา อีกทั้งยังมีประโยชน์ต่อสังคม คือ เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พัฒนาเพื่อปรับปรุงการสื่อสารทางสังคม เข้าถึงปัจจัยสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมและเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน สอดคล้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีความฉลาดทางสุขภาพจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Manganello, 2008)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน อยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาด้านสาธารณสุข (วิรัช มั่นในบุญธรรม, 2559) โดยการพัฒนาที่สำคัญคือพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นชุมชนแห่งความฉลาดทางสุขภาพด้านสุขภาพ (Health Literate Communities) ซึ่งได้มีการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ควรจะต้องได้รับการดูแลและพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองอย่างใกล้ชิด (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , 2554)

การศึกษาในอดีตที่ผ่านมาพบว่า การที่จะสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมภายในตัวบุคคล ดังนั้นจึงทำให้เกิดประเด็นปัญหาและข้อจำกัดในการเพิ่มศักยภาพบุคคลในแต่ละช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงในการข้อจำกัดในการรับรู้หรือเสี่ยงต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนไป หรืออาจมีความสามารถในการกลั่นกรอง คิดหรือวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆได้ช้ากว่าบุคคลวัยอื่น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) ประกอบกับการที่ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในสังคม ดังสถิติที่กล่าวมาข้างต้น จึงอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับของความฉลาดทางสุขภาพของสังคมมีโอกาสที่จะต่ำหรืออยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ในบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้มีบทบาทหน้าที่ ในมิติของการสร้างเสริมและดูแลป้องกันโรคให้แก่ประชาชนและเป็นผู้ที่มีความเข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคมของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ที่มีมีส่วนสำคัญในการสร้างความตระหนักต่อการสร้างเสริมความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุตามศักยภาพในแต่ละบุคคล นั่นคือการส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม, 2559)

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเป็นแนวคิดที่จะพัฒนาระบบสุขภาพในเชิงรุก เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะการเน้นไปที่การส่งเสริมพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน ที่ยังต้องการการส่งเสริมอย่างถูกต้อง และสนับสนุนให้ประชาชนมีความเข้มแข็งและมีสุขภาพดี การป้องกันการเกิดโรคเชื่อมโยงจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังจะเห็นได้จากการยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทางด้านด้านการส่งเสริมและป้องกัน P&P (Prevention and Protection) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต การป้องกันและควบคุมโรคภัย การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมอุดมปัญญา ในอนาคต (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ในฐานะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใน 4 องค์แห่งวิชาชีพพยาบาล คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยดูแลให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, 2547) จึงแสดงให้เห็นว่าพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพและมีบทบาทในการเป็นทั้งผู้ดูแลรวมถึงบทบาทของการเป็นผู้ประสานงานและทำงานร่วมกับกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ประชาชน (สุปราณี เสนาดิสัย, 2547) ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทใด พยาบาลถือว่ามีบทบาทอิสระที่จะคิดค้นวิธีเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพและยังสามารถเป็นต้นแบบให้กับบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆด้วย (Ballard, 2016)

จากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ระดับความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ

โดยส่วนใหญ่ผลการศึกษพบว่าความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพื้นฐานเท่านั้น ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มเสียงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง หอย จังหวัดสระแก้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 37.5 (นงลักษณ์ แก้วทอง, 2557) การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.7 มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (วิรัช ตรีทุมสุข, 2560) การศึกษาในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผล การศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (กิจปพน ศรีธานี, 2560)

ทั้งนี้การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ ส่วนใหญ่เป็น การศึกษาในเขตต่างจังหวัด หรือชนบทซึ่งจะมีลักษณะประชากรที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมืองที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 936,865 คน ซึ่งถือว่าเป็นเมืองที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย (กรมการปกครอง, 2559) โดยลักษณะของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากจากลักษณะทางสังคมที่เป็นสังคมเมือง สภาวะความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความ พิเศษกว่าพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ (กรุงเทพมหานคร ; วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2557) ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพมีความสำคัญกับผู้สูงอายุในชนบทและ กรุงเทพมหานคร จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีลักษณะเฉพาะ แตกต่างหลากหลายตั้งแต่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมระดับการศึกษา การเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม ในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้กรุงเทพมหานครยังเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนางาน ด้านต่างๆของประเทศรวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลตลอดจนนำไปสู่การพัฒนาความฉลาดทาง สุขภาพ ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ได้มีการนำแนวคิดในการส่งเสริมศักยภาพที่หลากหลายให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลและจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ได้รับการพัฒนาทักษะให้ครอบคลุมทุกด้านรวมถึงการดูแลสุขภาพโดยเน้นการเพิ่มทักษะต่างๆ รวมถึงความฉลาดทางสุขภาพ มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (วิรัช มั่นในบุญธรรม, 2559)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่กรุงเทพมหานครเพียงการศึกษาเดียว คือการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้า ร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 440 คน ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในขั้น พื้นฐานเช่นเดียวกัน (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557) การศึกษานี้ เป็นการนำเสนอถึงความฉลาดทาง สุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งทำให้เห็นภาพเพียง ส่วนหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้นจึงทำให้เกิดคำถาม เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ในพื้นที่อื่นในกรุงเทพมหานคร ว่าจะมีความฉลาดทางสุขภาพเป็นอย่างไร



ความสามารถของการมีความฉลาดทางสุขภาพนั้นจะแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านความรู้ทางด้านสุขภาพและลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุขและระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง หรือการได้รับการเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษาซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al., (2007) พบว่า เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ และยังพบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ การได้รับการส่งเสริมจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวหรือชุมชน จะมีผลทำให้เพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ (Lee et al., 2004) รวมถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ ดังนั้นจึงได้คัดเลือกปัจจัยเหล่านี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ เพื่อให้เห็นถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ รวมถึงศึกษาฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จะทำให้ได้รูปแบบแนวคิด เพื่อเป็นต้นแบบในการศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง และนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีบริบททางสังคมแตกต่างกันออกไป และเพื่อรองรับการขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยสืบต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร หรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคมกับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (Nutbeam, 2008)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในมิติของการสร้างเสริมและดูแลป้องกันโรคให้แก่ประชาชน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทอิสระในการจัดบริการทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน เนื่องจากเป็นวิชาชีพปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชน ซึ่งทำให้ได้รับรู้ข้อมูลขั้นพื้นฐานและความต้องการทางสุขภาพ (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2559) โดยการปฏิบัติงานในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นจะต้องอาศัยความเข้าใจและความต้องการของบุคคลเป็นที่ตั้ง เพื่อที่จะนำสู่การวางแผนงานและการพัฒนางาน เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น ถือเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพที่ว่าด้วยการมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพ

กรุงเทพมหานครเป็นสังคมที่มีลักษณะเฉพาะ ทั้งทางกายภาพ ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีความแตกต่างจากประชาชนในพื้นที่อื่นๆ (กรุงเทพมหานคร ; วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557) และในขณะนี้ ได้มีการพัฒนาเป็นชุมชนเมืองที่มีสุขภาพดีรอบด้าน เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนและสร้างเสริมนโยบายความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy)
2. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)
3. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (critical health literacy)

ทั้งนี้กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ได้มีการเพิ่มองค์ประกอบคุณลักษณะขั้นพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพ ตามแนวความคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งจะประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)
2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)
3. ทักษะการสื่อสาร (communicative skill)

4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)
5. การจัดการตนเอง (self-management)
6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

โดยแนวทางการ คัดเลือกตัวแปรต้นนั้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ ดังนี้

**อายุ** ทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างบุคคล เมื่ออายุมากขึ้นการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการในแต่ละวัย และในแต่ละบุคคลจะมีอัตราการพัฒนาการที่ไม่เท่ากัน (วารุณี ภูวสรกุล, 2554) มีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีความฉลาดทางสุขภาพที่ลดลง (Baker et al., 2000)

**เพศ** พบว่าเพศหญิงมักจะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Baker et al., 2000) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2546) พบว่า เพศหญิงจะทักษะในการตัดสินใจในการเสริมสร้างทักษะทางสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย

**รายได้** จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย Baker et al., (2007) การที่บุคคลที่รายได้ที่เพียงพอ จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี และมีการศึกษาว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เป็ทมาพร ธรรมพลและคณะ, 2559)

**ระดับการศึกษา** (Paasche-Orlow et al., 2004) ได้ทำการศึกษาความแพร่หลายของความฉลาดทางสุขภาพพบว่าหลายๆการศึกษานั้นแสดงให้เห็นว่าการมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีผลต่อการมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากขึ้น

**การสนับสนุนทางสังคม** กับการศึกษาของ Lee et al., (2004) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพและสถานะทางสุขภาพที่ดีได้

**การมีส่วนร่วมทางสังคม** เป็นทักษะหนึ่งที่ทำให้ผลักดันให้เกิดการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีความสำเร็จโดยพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีผลต่อการมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากขึ้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผลการศึกษากการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดย จริญญา วงษ์พรหมและคณะ (2558) พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถสนองตอบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติคือ กาย จิต สังคมและปัญญา

จากแนวคิดแนวเหตุผลดังกล่าว รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ ทำให้กำหนดสมมติฐานของการศึกษานี้ดังนี้

#### สมมติฐานงานวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางสุขภาพ

3. รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ
4. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ
5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ
6. การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Descriptive exploratory research) เพื่อการศึกษา ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ในเขตกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคมกับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในเขตตลิ่งชัน เขตบางพลัด และเขตราชเทวี

### ตัวแปรที่ศึกษา

**ตัวแปรต้น** คือ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคม

**ตัวแปรตาม** คือ ความฉลาดทางสุขภาพ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความฉลาดทางสุขภาพ** คือความสามารถในการรับรู้เข้าถึงข้อมูลต่างๆ ในที่นี้คือความรู้ ความเข้าใจ กรตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งส่งผลต่อการวิเคราะห์ ประเมินสุขภาพ การปฏิบัติ และการจัดการตนเอง การสื่อสาร เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพและแนะนำเรื่องสุขภาพให้แก่บุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพผู้สูงอายุ ที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) จำนวน 42 ข้อ โดยประกอบด้วยทักษะ 6 ด้านดังนี้

**ทักษะความรู้ ความเข้าใจ** คือ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียดของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

**ทักษะการเข้าถึงข้อมูล** คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการค้นหา ข้อมูลสุขภาพ การมีกระบวนการในการค้นหาจากแหล่งต่างๆได้ และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพที่ถูกต้อง การเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูล และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากจาก หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ** คือ ความสามารถในการนำเสนอ รับฟัง พูดคุยกับบุคคล อื่น เพื่อขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำให้มีการชักชวนให้ตนเองและบุคคลอื่นมีการปฏิบัติตนเพื่อ สุขภาพที่ดี สามารถอ่านเอกสารแนะนำความรู้ด้านสุขภาพ สามารถแนะนำ บอกต่อข้อมูลทางสุขภาพ ที่ถูกต้องได้ ตลอดจนสามารถชักชวนผู้อื่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ของ ผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**ทักษะการตัดสินใจ** คือ ความสามารถในการคิด เพื่อตัดสินใจเลือกในสิ่งที่มีอยู่เดิมเพื่อให้ ตนเองมีสุขภาพที่ดี สามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง การตัดสินใจ จัดการในการความเครียด การแก้ไขปัญหาสุขภาพเบื้องต้นที่ถูกต้อง การจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**ทักษะการจัดการตนเอง** คือ วิธีการส่วนบุคคล ที่ส่งผลต่อการประสบผลสำเร็จ เช่น การตั้ง วัตถุประสงค์ ตั้งเป้าหมาย การวางแผน การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองต่างๆที่นำไปสู่การ ปฏิบัติ มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การที่สามารถทำตามแผนดูแล สุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ** คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจสอบวิเคราะห์ วิพากษ์ ถกเถียงพูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อการตัดสินใจประเมินคุณค่าของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับผ่านสื่อ ต่างๆ สามารถนำเนื้อหาข้อมูลที่สื่อแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ตรวจสอบ เปรียบเทียบเนื้อหา และสามารถนำความรู้ที่ถูกต้องมาปฏิบัติต่อตนเองได้ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงความเป็นชายและหญิง ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**อายุ** หมายถึง เวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน (วันที่เข้าร่วมงานวิจัย) นับตามปฏิทินของ ผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**รายได้** หมายถึง ผลตอบแทนจากการทำกิจกรรม กล่าวคือ จำนวนเงินหรือค่าตอบแทนที่ได้ รวมใน 1 เดือน ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับของการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จมา ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือทางด้านจิตใจ ได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ ได้รับการตักเตือนเมื่อปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้รับคำปรึกษาที่ดี ได้รับการอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงกิจกรรมทางสังคม จากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร การวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ประเมินแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วิลาวลัย รัตนา (2552) จำนวน 20 ข้อคำถาม โดยใช้แนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981)

**การมีส่วนร่วมทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าไปเกี่ยวข้อง ในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการมี การติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กันชุมชนและสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างไม่ใดอย่างหนึ่ง การไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกลุ่มในสื่อสังคมออนไลน์ การคุย โทรศัพท์ติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียน กิจกรรมจิตอาสาต่างๆ ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยพัฒนาและ แปลมาจากเครื่องมือ Modified Social Participation Questionnaire ของ (Baum, Bush, Modra, et al., 2000) จำนวน 42 ข้อ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Descriptive exploratory research) เพื่อการศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญ และนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
  - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
  - 1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุ
  - 1.3 นโยบายด้านผู้สูงอายุและแผนผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
  - 1.4 รูปแบบการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีส่วนในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
    - 1.4.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมทางสังคม
      - 1.4.1.1 ชมรมผู้สูงอายุ
      - 1.4.1.2 ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
  - 1.5 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย
2. ความฉลาดทางสุขภาพ
  - 2.1 ความหมายและแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ
  - 2.2 เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่ใช้ในผู้สูงอายุ
  - 2.3 คุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพ
  - 2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีความฉลาดทางสุขภาพ
  - 2.5 ระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3. ความฉลาดทางสุขภาพกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
  - 3.1 การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
4. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
  - 4.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ
  - 4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ
  - 4.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม
5. ทฤษฎีการสูงอายุ
  - 5.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)
  - 5.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)
  - 5.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)
6. นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
  - 6.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว
  - 6.2 การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน
7. บทบาทพยาบาลในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

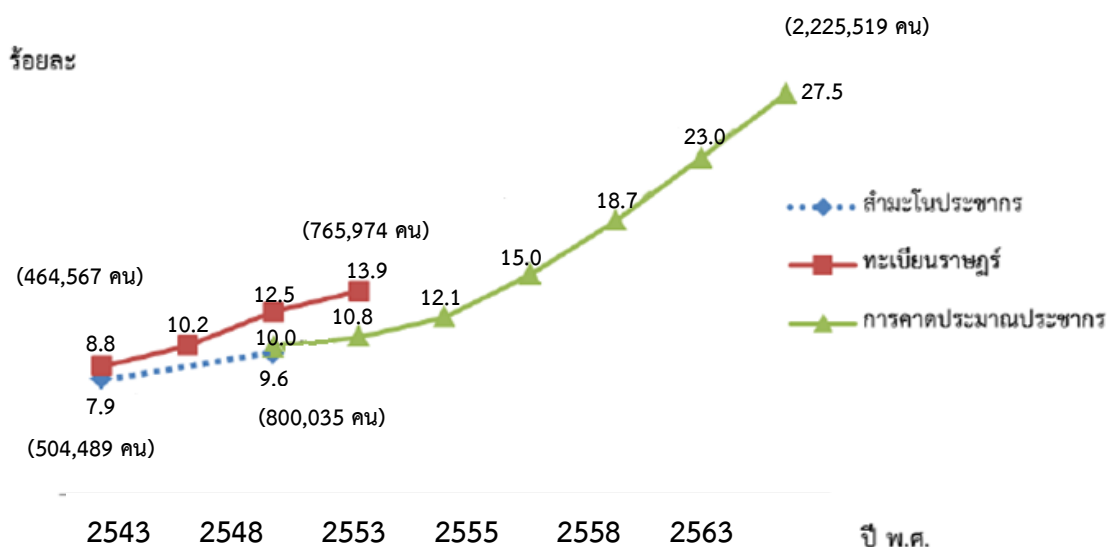




## 1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางการพัฒนาในทุกมิติของประเทศ จึงเป็นแหล่งดึงดูดประชากรจากภูมิภาคต่างๆ การย้ายถิ่นนี้ไม่ได้เพียงแต่เกิดขึ้นกับวัยแรงงานและเด็กเท่านั้น แต่เป็นแสดงให้เห็นว่ามีการย้ายถิ่นของประชากรสูงอายุเข้ามาในเขตกรุงเทพมหานครเช่นเดียวกัน จากข้อมูลสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีประมาณร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุย้ายเข้ามากรุงเทพมหานคร ในช่วง 5 ปีก่อนการสำรวจโดยส่วนใหญ่ย้ายมาจากจังหวัดอื่นและมีอีกประมาณร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นมาจากต่างประเทศโดยรูปแบบการย้ายถิ่นเข้ามามีกรุงเทพมหานครของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิงไม่แตกต่างกัน

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองที่เป็นศูนย์กลางทั้งการปกครองและเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยจากข้อมูลทะเบียน-ราษฎรซึ่งเป็นข้อมูลจากการจดทะเบียน จะพบว่ามีความจำนวนประชากรสูงอายุแตกต่างกัน กล่าวคือ จำนวนผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จากสำมะโนประชากรปี พ.ศ.2553 มีประมาณ 8 แสนคน ในขณะที่ข้อมูลจากทะเบียนราษฎรมีประมาณ 7 แสนคน แต่แนวโน้มที่ปรากฏอย่างชัดเจนของข้อมูลทั้ง 3 ชุด คือ โครงสร้างทางอายุประชากรของกรุงเทพมหานครเป็นประชากรสูงวัย กล่าวคือ ในปัจจุบันกว่า 1 ใน 10 ของประชากรของกรุงเทพมหานครมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยพบว่าแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครสูงขึ้น ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรวัยสูงอายุตอนปลาย หรืออายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (กรุงเทพมหานคร ; วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557)



ภาพที่ 1 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร  
(กรุงเทพมหานคร ; วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557)

### 1.3 นโยบายด้านผู้สูงอายุและแผนผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครมีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 โดยมีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบ เช่น การวิเคราะห์ภาระงานของหน่วยงาน การดำเนินกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ในการจัดทำแผนฯโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะใช้เป็นกรอบในการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร โดยมีแนวทางปฏิบัติงานตามแนวยุทธศาสตร์ ดังนี้

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ** มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองต่อไปได้นานที่สุด รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการหาประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยมีมาตรการหรือกลยุทธ์ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. มาตรการด้านการส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
2. มาตรการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว
3. มาตรการด้านการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็ง
4. มาตรการด้านการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพให้มีคุณค่าแก่สังคม
5. มาตรการด้านการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้ผู้สูงอายุ
6. มาตรการด้านการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ** มุ่งเน้นการสร้างระบบการคุ้มครองในทุกมิติให้แก่ผู้สูงอายุทั้งที่ยังพึ่งตนเองได้และอยู่ในภาวะพึ่งพา ประกอบไปด้วย มาตรการต่างๆ ดังนี้

1. มาตรการด้านคุ้มครองด้านรายได้
2. มาตรการด้านหลักประกันด้านสุขภาพ
3. มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
4. มาตรการด้านระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

### ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานคร ทุกช่วงวัยเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์นี้เป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกในการรับมือกับแนวโน้มของการก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ โดยมีมาตรการต่างๆ ดังนี้

1. มาตรการด้านการส่งเสริมและสร้างวินัยการออม
2. มาตรการด้านการให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. มาตรการด้านการปลูกจิตสำนึกถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ
4. มาตรการด้านการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัยโดยให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมด้านการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม การกีฬา และการท่องเที่ยว
5. มาตรการด้านการส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต การป้องกันโรค และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

**ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการของกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ** มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการและการวางแผนพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการ โดยมีมาตรการต่างๆ ดังนี้

1. มาตรการด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับกรุงเทพมหานคร
2. มาตรการด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

**ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร** มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และข้อมูลด้านผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการต่างๆ ดังนี้

1. มาตรการด้านการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ
2. จัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุ
3. พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัยโดยมีระบบฐานข้อมูล

จากยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย และการดำรงไว้ซึ่งการเป็นผู้ที่มีคุณค่าของสังคม

จากแนวทางนี้ เป็นแนวทางที่นำสู่การจัดตั้งศูนย์ต่างๆเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครอีกด้วย

#### 1.4 รูปแบบการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มีส่วนในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุนั้น ถือเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุความพร้อม และเต็มใจที่จะทำ โดยถือเป็นปัจจัยหลักในการเพิ่มพูนทักษะต่างๆ โดยสามารถนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ สูงวัยอย่างผาสุกได้ โดยการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นเป็นทักษะหนึ่งที่ทำให้ผลักดันให้เกิดการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีความสำเร็จโดยพบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมมีผลต่อการมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากขึ้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) โดยการมีส่วนร่วมทางสังคม คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับส่วนร่วมในกิจกรรมซึ่งทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมหรือในชุมชน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกิจกรรมที่มีในแต่ละระดับของการปฏิสัมพันธ์ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา ; สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558)

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในสังคมของชฎานี โมเออร์ (2552) พบผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่น่าสนใจคือ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคมและส่งเสริมให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ

##### 1.4.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมทางสังคม

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Levasseur et al. (2014) ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมสามารถเป็นตัวบ่งชี้ และเป็นแนวทางสำคัญในการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งนี้ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งของสังคมเกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม โดยการมีส่วนร่วมจะต้องขึ้นอยู่กับเป้าหมายของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ Levasseur et al. (2014) ยังได้แบ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมออกเป็น 6 ระดับดังนี้

- 1) การมีกิจกรรมหรือการเตรียมการในทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
- 2) การอยู่ร่วมกับผู้อื่น หรือการอยู่ลำพังโดยมีผู้อื่นอยู่รอบข้าง
- 3) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกิจกรรม
- 4) การร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น
- 5) การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น
- 6) มีส่วนร่วมกับสังคมในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

สถานการณ์การมีส่วนร่วมทางสังคม ได้มีการสรุปการรูปแบบการมีส่วนร่วมตามบริบทของไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา ; สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558) เนื่องจากมีความแตกต่างจากในสังคมอื่นๆ ซึ่งได้ทำการแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ระดับการทำประโยชน์ในภาพใหญ่ โดยมีการยกตัวอย่างกิจกรรมตามระดับการมีส่วนร่วมดังกล่าวดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในระดับบุคคล คือการที่บุคคลมีกิจกรรมเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม เพื่อที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การทำงานสร้างรายได้ การเรียนรู้เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะส่วนตน

2) ครอบครัว คือการที่มีการช่วยเหลือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งในครอบครัว การเกื้อกูลบุคคลในครอบครัว เช่น การช่วยดูแลบุตรหลาน

3) การมีส่วนร่วมในระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นรวมถึงการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม ตัวอย่างกิจกรรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น

4) การมีส่วนร่วมในระดับการทำประโยชน์ต่อสังคมในภาพใหญ่ คือการที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในวงกว้างในชุมชนจนถึงระดับชาติ ได้แก่ การเป็นสมาชิกมีบทบาททางการเมือง การเป็นศิลปินแห่งชาติ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความสามารถส่วนบุคคลของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย จากการสำรวจการมีส่วนร่วมในสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2557 พบว่า

1) การเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ หมู่บ้าน/ชุมชนในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น กิจกรรม วันผู้สูงอายุ การทำบุญในวันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ ฯลฯ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งชายและหญิงเกินกว่าร้อยละ 60 ได้เข้าร่วมกิจกรรมฯ ดังกล่าว โดยผู้สูงอายุวัยต้น ได้เข้าร่วมกิจกรรมสูงสุด ร้อยละ 70.1

2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล (ร้อยละ 77.4 และร้อยละ 54.1 ตามลำดับ) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมทำกิจกรรม สูงสุด (ร้อยละ 82.8) กรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมต่ำสุด (ร้อยละ 22.6)

3) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เป็นมาตรการหนึ่งในการส่งเสริมผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ หมายถึง ความรู้ใน เรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ในการดำรงชีวิตประจำวันของตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ

การประกอบอาชีพ การดูแลสุขภาพร่างกาย การเสริมสร้างกำลังใจ สิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ รวมถึงการปรับตัว ให้เข้ากับบุคคลอื่นในครัวเรือนและนอกครัวเรือนได้ การเข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ ผู้สูงอายุได้รับส่วนใหญ่ มาจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ญาติหรือเพื่อน ฯลฯ (ร้อยละ 71.8) รับรู้ข้อมูล ข่าวสารจากการดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 57.6) จากหอกระจายข่าว (ร้อยละ 45.0) จากวิทยุ (ร้อยละ 28.1) จากหนังสือพิมพ์ หรือนิตยสาร (ร้อยละ 12.2) และมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.9 ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากการใช้อินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์

จากการสำรวจการมีส่วนร่วมในสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2557 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุวัยต้น เนื่องจากยังเป็นวัยที่ยังคงทำกิจกรรมได้ และยังคงให้ความสำคัญกับกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องในบทบาททางสังคมโดยเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) เรื่อง วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีระดับวุฒิวยต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับวุฒิวยด้านสุขภาพ ก็มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันคือ อายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตโดยรวมและทุกด้าน และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการ ดูแลตัวเองได้น้อยลง อีกทั้งมีหลายการศึกษาที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นระดับการพึ่งพาสูงขึ้น โดย ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าเป็นภาระ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีความคุณค่าลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี แต่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนน้อยกว่าในภาคอื่นๆ และข้อมูลสำรวจการรับข่าวสารจะพบว่าคนที่บุคคลที่สำคัญในการที่จะนำข่าวสารต่างๆ บอกเล่าสู่ผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะที่มสุขภาพในชุมชน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน จึงเป็นส่วนหนึ่งในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้สูงอายุออกมามีส่วนร่วมในสังคม รองลงมาคือ โทรทัศน์ การรับรู้ข่าวสารนั้นทำให้ผู้สูงอายุที่ข่าวและทันเหตุการณ์มากขึ้น นอกจากนี้ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเองมากขึ้น

**การวัดและประเมินผลการมีส่วนร่วมทางสังคม** ของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามโดยใช้พื้นฐานแนวคิด การมีส่วนร่วมทางสังคมของ Levasseur et al. (2014) และได้ ออกแบบเครื่องมือ ตามบริบทการมีส่วนร่วมทางสังคมของไทยซึ่งประกอบด้วย 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว ระดับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและระดับการทำประโยชน์ต่อสังคมในภาพใหญ่ แบ่งเป็นข้อคำถามจำนวนรวมทั้งหมด 5 ข้อ เป็นการตอบคำถามลักษณะกิจกรรมที่สอดคล้องกับระดับของการมีส่วนร่วมทางสังคมตามบริบทของไทย เป็นข้อคำถามเชิงนามบัญญัติ ตามข้อที่เป็นจริงของผู้ให้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมได้พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีส่วนทำให้เกิดหรือเพิ่มทักษะในการเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพมากขึ้น จึงได้รวบรวมลักษณะกิจกรรมของการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครในรูปชมรมผู้สูงอายุและศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ

เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งทั้ง 2 องค์กรนี้ขึ้นมาเนื่องจากได้เล็งเห็นถึงการเสริมสร้างทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความฉลาดทางสุขภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขโดยมีรายละเอียดกิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

#### 1.4.1.1 ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ ถือเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ในทุกๆด้าน ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และสวัสดิการ โดยมีโครงสร้างของชมรม โดยได้มาจากการเลือกตั้งเพื่อเข้ามาเป็นดาร์บริหารจัดการในชมรม (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2560) วัตถุประสงค์โดยทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ

1. เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมคิดร่วมทำ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อการดำรงชีพเพื่อเป็นการถ่ายทอดยังสมาชิกรุ่นต่อไป
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันเมื่อได้รับความเดือดร้อนเจ็บป่วยและถึงแก่กรรม
5. เพื่อผดุงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมเป็นหัวใจของชมรมผู้สูงอายุ เป็นข้อบ่งชี้ความสำเร็จของการดำเนินงาน กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ควรเป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลาย สอดคล้องตามความต้องการของสมาชิก ดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุหรือที่ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ลักษณะกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุอาจดำเนินการได้ มีดังนี้

1) กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม เป็นกิจกรรมที่ทำกันมาก ได้แก่ การจัดกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนาและตามวัฒนธรรมประเพณีนิยมของแต่ละท้องถิ่น การร่วมพิธีกรรมทางศาสนา การฟังธรรม ปฏิบัติธรรม ฟีกสมาธิ ร่วมสืบสานวัฒนธรรม

2) กิจกรรมนันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง ตามโอกาสและความพอใจของสมาชิก เช่น การลีลาศ งานรื่นเริง วันสำคัญต่าง ๆ ของชาติ วันสำคัญทางศาสนา วันเกิด ร้องเพลงพื้นบ้าน เพลงร่วมสมัย เต็นรำ เล่นดนตรี กีฬาในร่ม เกมต่าง ๆ หัวเราะบำบัด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด (เช่น ระบายสี พับกระดาษ พิมพ์ภาพ) กิจกรรมประเภทนี้ มักรวมเอาการร่วมรับประทานอาหารเข้าไปด้วย หลังรับประทานอาหารมีการแสดงเล็ก ๆ น้อย ๆ และร่วมกันร้องเพลงตามอัธยาศัย



3) กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ในเรื่องหลักโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพร่างกายและความสะอาดของผู้สูงอายุ อนามัยของช่องปาก การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องยาสมุนไพรพื้นบ้าน การรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะและวัยสูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี ฯลฯ

4) กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและกีฬา ควรคำนึงถึงความพร้อมของสภาพร่างกาย ความสนใจและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมประเภทนี้เป็นประโยชน์ในทางสุขภาพ ทำได้ทุกชมรม แต่ชมรมจะต้องจัดสถานที่ที่เหมาะสม มีผู้ดำเนินการที่เหมาะสม เช่น ไร่ไม้พลอง ไร่วงพื้นบ้าน ไร่วงย่อนยุค จั๊ง แอโรบิค โยคะ เปตอง กายบริหาร

5) กิจกรรมเสริมรายได้ ได้แก่ กิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันทำหรือผลิตแล้วนำไปจำหน่ายเป็นการเสริมรายได้ เหมาะสำหรับชมรมในหมู่บ้านที่สมาชิกต้องการเสริมรายได้ เช่น ทำไม้กวาด ผ้าทอ ดอกไม้จันทน์ การทำบายศรี งานฝีมือ ฯลฯ

6) กิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะต่าง ๆ ที่สมาชิกสนใจ เช่น การวาดภาพ งานฝีมือ ฯลฯ เหมาะสำหรับชมรมที่มีสมาชิกที่มีศักยภาพทางศิลปะและรักทางศิลปะ

7) กิจกรรมท่องเที่ยวทัศนศึกษา เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาว่างมาก การท่องเที่ยวในสถานที่และโอกาสอันควร โดยไปเป็นหมู่คณะ นอกจากจะก่อให้เกิดประโยชน์เรื่องความรักสามัคคีในหมู่คณะแล้ว ยังได้ความรู้ความเท่าทันโลกอีกด้วย

8) กิจกรรมการกุศล บำเพ็ญประโยชน์ รวมทั้งสาธารณกุศลที่ชมรมสามารถจะช่วยให้ และการกุศลที่ทำแก่เพื่อนร่วมชมรมที่ถึงแก่กรรม หรือการเยี่ยมไข้เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรต่อกัน ที่ทำให้เกิดความรักสามัคคีในหมู่คณะได้มาก ทำให้สมาชิกมีความรู้สึก ว่าตนไม่โดดเดี่ยว การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส การเป็นอาสาสมัครดูแลเด็กและผู้สูงอายุ การรณรงค์ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น

9) กิจกรรมส่งเสริมภูมิปัญญาและความคิด เช่น ดนตรี การอ่าน การประพันธ์บทกลอน การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ การอบรมความรู้ด้านสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุตามกฎหมาย การเรียนรู้การทำปุ๋ยอินทรีย์ น้ำหมักชีวภาพ การปลูกพืชตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง การบริหารจัดการขยะ การถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น

10) กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นกิจกรรมที่ให้การสงเคราะห์แก่สมาชิกที่ถึงแก่กรรม กิจกรรมประเภทนี้สมาชิกชมรมมีความนิยมค่อนข้างมาก แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเงินและระเบียบทางราชการ ชมรมใดจะดำเนินการกิจกรรมประเภทนี้ต้องมีความพร้อมในเรื่องกำลังคน ความรู้ ความเข้าใจ ความซื่อสัตย์สุจริต

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ถือเป็นทางเลือกหนึ่งของชุมชนและถือเป็นรูปแบบหนึ่งในการจัดการแก้ไขปัญหาในสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุถือเป็นองค์กรชุมชนที่มีการบริหาร

จัดการโดยบุคคลในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสมาชิกในชมรมมีความเอื้ออาทรต่อกันภายในชมรม มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

#### 1.4.1.2 ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ได้มีการดำเนินงานภายใต้แนวความคิดโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยก่อให้เกิด “โรงเรียนผู้สูงอายุ” เพื่อให้การศึกษาตลอดชีวิตแก่ผู้สูงอายุ มีเป้าหมายในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุคือเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ตามอัธยาศัย มีความสุข สนุกสนาน เน้นให้ความรู้ที่จะช่วยพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุเข้าใจและเท่าทันต่อยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงความรู้ที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในบั้นปลายให้มีความสุขสามารถพึ่งพาตนเองได้นานที่สุด การจัดตั้งหลักสูตรของศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณค่า และมีศักดิ์ศรี สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในช่องทางที่ทันสมัยได้อย่างรวดเร็ว มีโอกาสได้เรียนรู้ตามอัธยาศัย และทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุคงความแข็งแรงของร่างกายไว้ได้นานที่สุด และไม่เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังสามารถสร้างคุณค่าต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมอีกด้วย

การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น ได้มีการยึดหลักการ 3 หลักการคือ ความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ ความรู้ที่ผู้สูงอายุควรรู้ ความรู้ที่ผู้สูงอายุอยากรู้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **ความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้** มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การป้องกันและการรักษาสุขภาพ การดำรงชีวิตแบบสูงวัยที่มีคุณภาพการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การใช้ยาและสมุนไพรอย่างถูกวิธี การพัฒนาจิตสำหรับผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย กฎหมายในชีวิตประจำวันและสิทธิผู้สูงอายุ และการพัฒนาตนเอง

2) **ความรู้ที่ผู้สูงอายุควรรู้** มีเนื้อหาเกี่ยวกับศาสนาในชีวิตประจำวัน วัฒนธรรมภูมิปัญญาพื้นบ้าน การอนุรักษ์ สืบสาน พิธีกรรม และถ่ายทอด อาสาสมัครกับการมีส่วนร่วมในสังคม อาเซียนน่ารู้ การเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติในโลก ภัยพิบัติทางธรรมชาติและการเตรียมรับมือเมื่อเกิดสถานการณ์ภัยพิบัติ การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อ การสืบค้นข้อมูล การใช้สมาร์ทโฟน โรคติดต่อตามฤดูกาลและโรคติดต่ออุบัติใหม่ การปฐมพยาบาล ข้อพิจารณาในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเสริมสร้างทักษะ ทางสังคมที่เหมาะสม

3) **ความรู้ที่ผู้สูงอายุอยากรู้** เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นการศึกษาตามความสนใจของผู้เรียน มีหลากหลายรูปแบบ เป็นได้ทั้งการเรียนเพื่อความรู้นันทนาการ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่าง มีคุณค่า ลดภาวะซึมเศร้า

และมีความสุข เช่น การเกษตร ดนตรี ศิลปะประดิษฐ์ คหกรรม การทำผลิตภัณฑ์จากวัสดุพื้นบ้าน ทักษะวิชาการ การจัดการด้านการเงินการดูแลระยะยาวและระยะสุดท้าย ศาสนพิธีและธรรมเนียมปฏิบัติ กิจกรรมสานสัมพันธ์ระหว่างวัย ทักษะศึกษา และวิชาอื่น ๆ

โดยการจัดการให้ความรู้ความรู้อย่าง 3 ประเภทนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังสามารถนำไปถ่ายทอดให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชน สามารถเป็นผู้สูงอายุถึงพร้อมด้วยคุณลักษณะของการเป็นผู้มีศักยภาพ อีกทั้งยังเพิ่มพูนความรู้เกิด การผ่อนคลาย เกิดความสุขทางใจ ร่วมกิจกรรมกลุ่มและเข้าสังคมได้อย่างมีความสุขสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ

จากการสังเคราะห์หลักสูตรของศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ได้พบว่า มีกิจกรรม การเรียนรู้ที่ทางเจ้าหน้าที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ในทางด้านการส่งเสริม การดูแลสุขภาพตลอดจนนำไปสู่การเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ ดังนี้

**รายวิชาการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุกับการป้องกันและรักษาสุขภาพ** โดยมีรายละเอียด กิจกรรมดังนี้ อธิบายการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ และสังคมในวัยสูงอายุ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การตรวจสุขภาพประจำปี ปัญหาสุขภาพและโรคที่พบบ่อย ในผู้สูงอายุ การป้องกัน อุบัติเหตุและการหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดการที่อยู่อาศัยและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ โดยพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ในการสอน การนำเข้าสู่บทเรียนผู้ถ่ายทอดความรู้ นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้นักเรียนสูงอายุเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โรคประจำตัว การเจ็บป่วย และการประสบอุบัติเหตุ ต่อจากนั้นผู้ถ่ายทอดความรู้ประมวล ประสบการณ์ของนักเรียนสูงอายุและนำเข้าสู่บทเรียนโดยใช้สื่ออุปกรณ์ประกอบตามความเหมาะสม รวมถึงเนื้อหาของการให้ความสำคัญของเตรียมความพร้อมในการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อจะได้ รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของรับรู้สถานะทางสุขภาพของตนเอง

**รายวิชาการดำรงชีวิตแบบสูงวัยที่มีคุณภาพ** โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ อธิบาย หลักการดำเนินชีวิตแบบสูงวัยที่มีคุณภาพ การดูแลตนเองยามปกติและยามเจ็บป่วย การดำรงชีวิต อย่างมีคุณค่า ผู้สูงอายุจะนำพาความสุข ความมีชีวิตชีวา ความหวัง การเห็นคุณค่า และความ ภาคภูมิใจในตนเอง อีกทั้งยังก่อให้เกิด ประโยชน์แก่บุคคลใกล้ชิด ผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนชุมชนและ สังคมของผู้สูงอายุอีกข้อเสนอแนะการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่มี ข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เช่น มีปัญหาข้อเข่า หรือมีความเสี่ยงมากต่อการหกล้มบาดเจ็บ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโรคข้อเสื่อมนั้นจะไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่เสื่อมไปแล้วให้กลับดี ดังเดิมได้ แต่การมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง จะช่วยแบ่งเบาแรงกระทำต่อข้อซึ่งเป็นการยืดอายุการใช้งาน ข้อได้ รายวิชาการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ อธิบายการออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ ข้อควรระวังใน การออกกำลังกาย และข้อเสนอแนะการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว

**รายวิชาอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ** อธิบายหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคบางชนิด แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร รายละเอียดของอาหาร 5 หมู่ ตัวอย่างการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุใน 1 วัน อาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคบางชนิด การเลือกกินอาหารที่เหมาะสมจะทำให้โรคร้ายทุเลาลง ช่วยเสริมการรักษาและฟื้นฟูร่างกาย แต่ในทางกลับกัน การเลือกอาหารไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมย่อมทำให้โรคร้ายรุนแรง กำเริบและบั่นทอนสุขภาพมากขึ้น การหลีกเลี่ยงอาหารในขณะเจ็บป่วยหรือภายหลังการฟื้นจากการเจ็บป่วย

**รายวิชาการใช้ยาให้ถูกวิธี** ผู้ถ่ายทอดความรู้นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้นักเรียนสูงอายุนำบอกเล่าหรือให้ดูว่ารับประทานยาอะไร แก้โรคอะไร หรือควบคุมอาการอะไร ในการเรียนครั้งต่อ ๆ ไปให้นักเรียนสูงอายุนำยาและพืช ผัก สมุนไพรมาร่วมในการเรียนด้วย ผู้ถ่ายทอดความรู้บรรยายโดยใช้ Power Point วิดีทัศน์ หรือสื่ออื่น ๆ ตามความเหมาะสม รวมถึงหลักการใช้ยาที่ถูกต้องและปลอดภัย

**รายวิชาการพัฒนาจิตสำหรับผู้สูงอายุ** อธิบายการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุเป็นผู้คิดบวก หลักการมีสุขภาพจิตดี แนวคิดของการคิดบวก ความสัมพันธ์ระหว่างคลื่นสมองกับการคิดบวก การทำสมาธิ ประโยชน์หลักการและวิธีการปฏิบัติสมาธิ มีแนวทางในการจัดการเรียนการสอนโดยผู้ถ่ายทอดความรู้นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้ชมวีดิทัศน์คลื่นสมองกับภาวะจิตบรรยายแนวคิดของการคิดบวก นักเรียนสูงอายุนำปฏิบัติการณ์ผ่อนคลายและการทำสมาธิ โดยผู้ถ่ายทอดความรู้ใช้ดนตรีเพลงและภาพประกอบการฝึกปฏิบัติสมาธิ

จากการสังเคราะห์เนื้อหาหลักสูตรของศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จะเห็นได้ว่ารายวิชาที่ได้จัดทำขึ้นแล้วแต่เป็นประโยชน์เพื่อการพัฒนาทักษะความสามารถที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพ จากข้อกำหนดของการจบหลักสูตรของศูนย์การเรียนรู้ฯ ได้มีการระบุไว้ว่า จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 16 ครั้งหรือจำนวน 72 ชั่วโมงขึ้นไป โดยทางเจ้าหน้าที่จะทำการติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินผล โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์การเรียนรู้ฯ จะสามารถได้ความรู้จนนำไปสู่การพัฒนาความสามารถด้านการดูแลสุขภาพตลอดจนการเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพได้

### 1.5 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย

โดยปีพุทธศักราช 2542 เป็นวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุรัฐบาลองค์การเอกชน ประชาชน และสถาบัน ต่างๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะ "ผู้ให้" แก่สังคมมาโดยตลอด ดังนั้นจึงควรได้รับผลในฐานะเป็น "ผู้รับ" จากสังคมด้วยปฏิญญา ผู้สูงอายุไทย เป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จึงได้กำหนด สาระสำคัญไว้ดังนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกัน อย่างเป็นสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ บริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถ ปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคมเป็นแหล่งภูมิปัญญาของคน รุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ ผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรม ไทย ที่เน้นความกตัญญูทวดเวทิจ และเอื้ออาทรต่อกัน

## 2. ความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นที่มาจาก 2 คำรวมกัน นั่นคือ คำว่า Health ซึ่งหมายถึง สุขภาพ และคำว่า literacy คือการรอบรู้ การมีความรู้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความสามารถในการอ่าน เขียน พูด ภาษาต่างๆ หลักการคำนวณ และคิดแก้ปัญหาการงานหรือการดำรงชีวิตในสังคมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเองและพัฒนาตนเอง โดยเมื่อ นำทั้งสองคำมารวมกันจะให้ความหมายถึง การมีความเข้าใจ ความรอบรู้ ฉลาดรู้ทางสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , 2554)

แนวคิดและมุมมองเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพได้ริเริ่มมาจากการที่ หน่วยงานต่างๆทางสุขภาพได้ทำการวิเคราะห์และได้กำหนดให้มีความสำคัญโดยจะเห็นได้จาก ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ที่มีการระบุไว้ถึงสุขภาพว่า เป็นภาวะที่มนุษย์ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและทางด้านสังคม โดยทั้งหมดทุกมิติจะต้องเชื่อมโยงกันอย่างสมดุล (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ดังนั้น จากคำนิยามของคำว่าสุขภาพดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องอาศัยการสร้างสมดุลในทุกๆ มิติ การทำให้บุคคลตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันของกาย อารมณ์และจิตใจ อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม เพื่อเป็นพื้นฐานทักษะในการดำรงชีวิต ดังนั้น ความฉลาดทางสุขภาพ จึงถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถเชื่อมโยงทั้ง 4 มิติ ของสุขภาพได้

**2.1 ความหมายและแนวคิดของความฉลาดทางสุขภาพ** จากการที่หน่วยงานและบุคลากรทางสุขภาพได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพ จึงได้มีการให้คำจำกัดความของความฉลาดทางสุขภาพโดยหน่วยงานต่างๆทั้งในและต่างประเทศดังนี้

2.1.1 WHO (1998) กล่าวว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถที่จะเข้าใจ และสามารถใช้อินโฟมูชันที่ได้รับมา ของบุคคลในการใช้อินโฟมูชันเพื่อส่งเสริมและรักษาการมีสุขภาพที่ดีเอาไว้”

2.1.2 American Medical Association's (1999) กล่าวว่า The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association "กลุ่มทักษะ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการอ่านตัวหนังสือ ตัวเลข ที่จำเป็นในการปฏิบัติเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข"

2.1.3 Nutbeam (2008) "ทักษะทางปัญญาและสังคม ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้อินโฟมูชันเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี"

2.1.4 Kickbusch, Wait & Maag (2005) "ความสามารถในการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันในบริบทต่างๆ เช่นที่บ้าน ที่ทำงาน ที่สถานบริการสาธารณสุข อันเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจ เพิ่มความสามารถในการควบคุมสภาวะสุขภาพ การแสวงหาข้อมูล และ ความสามารถในการรับผิดชอบตนเอง

2.1.5 Paasche-Orlow & Wolf (2006) กลุ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับความเข้าใจต่อสภาวะสุขภาพในบริบทต่างๆ

2.1.6 EU (2007) ความสามารถในการอ่าน กรอง ข้อมูลสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจที่มีหรือใช้ข้อมูลประกอบ

2.1.7 Pavlekovic (2008) "ความสามารถในการได้รับ แปลความ และ ทาความเข้าใจ ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและระบบบริการ และการใช้ข้อมูลเพื่อการมีสุขภาพดี"

2.1.8 Rootman & Gordon-Elbihbety (2008) "ความสามารถในการเข้าถึง ทาความเข้าใจ และสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งเสริม อารงรักษา และพัฒนา สุขภาพ ในบริบทต่างๆตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิตได้"

2.1.9 Ishikawa & Yano (2008) "ความรู้ ทักษะ และความสามารถ ที่เกี่ยวข้องกักระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข"

2.1.10 Mancuso (2008) "กระบวนการที่เกิดในช่วงชีวิตอันประกอบด้วยคุณลักษณะของความสามารถในการทำความเข้าใจ และการสื่อสาร คุณลักษณะของการรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการบูรณาการ และเกิดขึ้นจากการมีทักษะ มีกลยุทธ์ และความสามารถที่ฝังตัวอยู่ในกลุ่มความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเพื่อการมีสุขภาพดี"

2.1.11 Australian Bureau of Statistics (2008) "ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพเช่น สารเสพติด การป้องกันโรค การรักษา การป้องกันอุบัติเหตุ การปฐมพยาบาล ภาวะวิกฤต และการมีสุขภาพดี"

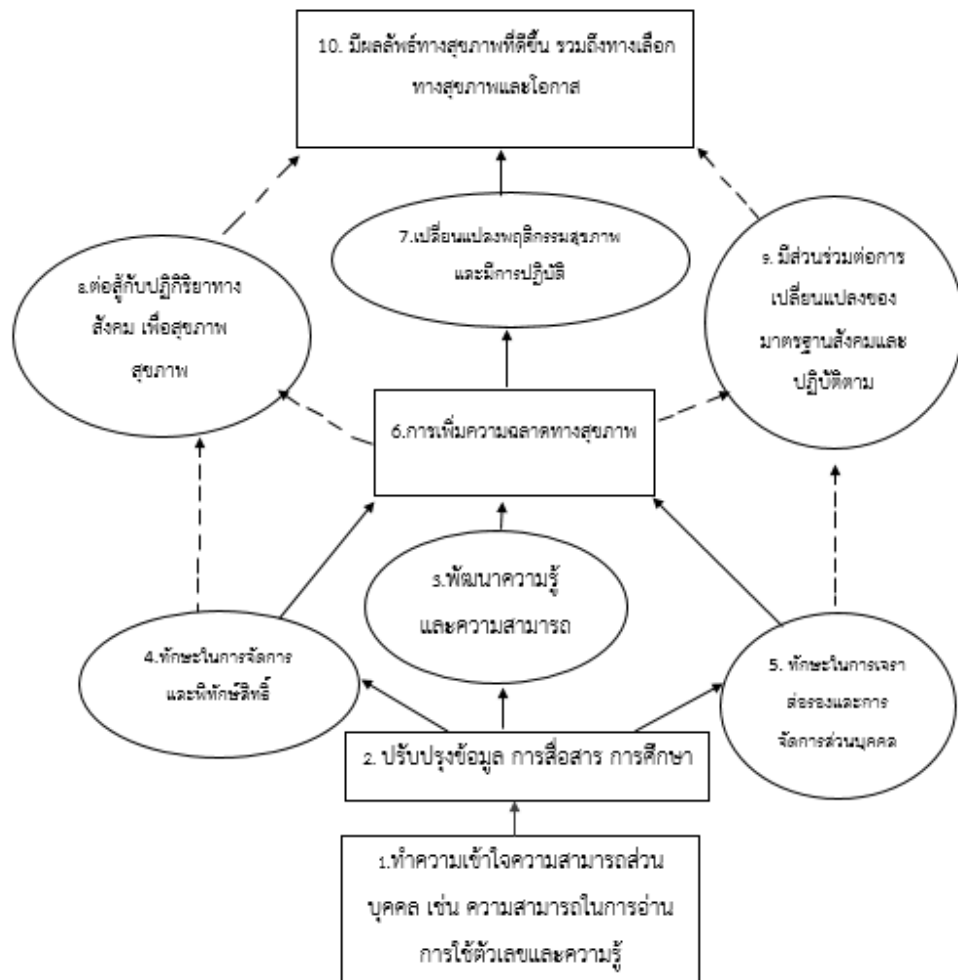
2.1.12 Yost et al. (2009) "ระดับความสามารถของบุคคลในการอ่าน ทำความเข้าใจ ข้อมูลจากเอกสารสิ่งพิมพ์ ระบุและตีความข้อมูลที่นำเสนอในรูปแบบกราฟ ภาพ ตารางและ ตัวเลข เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาโรคได้อย่างเหมาะสม"

2.1.13 Adams et al. (2009) "ความสามารถในการทำความเข้าใจ ตีความความหมายของข้อมูลด้านสุขภาพจากข้อมูลที่เป็นตัวหนังสือ คาพูด หรือ ระบบดิจิทัล จนเกิดแรงจูงใจในการรับหรือ ปฏิเสธ การกระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้"

2.1.14 Adkins et al. (2009) "ความสามารถในการสร้างความหมายจากการสื่อสารรูปแบบต่างๆ โดยใช้ทักษะที่หลากหลายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาพดี"

2.1.15 กระทรวงสาธารณสุข (2560) “ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพที่จะทำให้บุคคลสามารถที่จะกลั่นกรอง มีการประเมิน การตัดสินใจ เพื่อจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป ความฉลาดทางสุขภาพ คือความสามารถในการรับรู้เข้าถึงข้อมูลต่างๆ ในที่นี้คือ ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งส่งผลต่อการวิเคราะห์ ประเมินสุขภาพ การปฏิบัติ และการจัดการตนเอง การสื่อสาร เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพและแนะนำเรื่องสุขภาพให้แก่บุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี



ภาพที่ 2 แสดง Conceptual model of health literacy as an asset. ของ (Nutbeam, 2008)

(แปลมาจาก: The evolving concept of health literacy Nutbeam, 2008 )



จากกรอบแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam จะเห็นได้ว่าความฉลาดทางสุขภาพ เริ่มจากปัจจัยส่วนบุคคลที่จะนำมาซึ่งความเข้าใจ การอ่าน ความถี่ของการได้รับข้อมูลต่างๆ จากนั้น จึงนำไปสู่กระบวนการเกิดความเข้าใจ จนส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ นำสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม จนสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆได้ จนมี ผลสัมฤทธิ์ที่การมีภาวะสุขภาพที่ดี

## 2.2 เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่ใช้ในผู้สูงอายุ

**2.2.1 The Rapid Estimate of Adult in Medicine (REALM)** เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Davis et al. ในปี ค.ศ.1991 มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach 's alpha เท่ากับ 0.99 ใช้ในการประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ทักษะการอ่านและทักษะอื่นที่จำเป็น เช่น การฟัง ความคิด ความรู้ทางวัฒนธรรม การคิดคำนวณการ พุด เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ จำนวน 125 คำ วิธีการวัดคือให้อ่านคำศัพท์ พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว 3 -5 นาที ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงให้ถูกต้อง และการให้คะแนนจะ แตกต่างกันตามเงื่อนไขของระดับการศึกษาและช่วงอายุของผู้ป่วยที่มีสมรรถนะในการรู้หนังสือ ต่างกัน โดยจัดเรียงคำศัพท์เป็น 4 คอลัมน์

**2.2.2 Shortened version of The Rapid Estimate of Adult in Medicine (S – REALM)** เป็นแบบประเมินฉบับสั้นที่พัฒนาขึ้นโดย Davis et al. ในปี ค.ศ.1993 มี ค่าความเชื่อมั่น Cronbach 's alpha เท่ากับ 0.99 เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุงจากแบบประเมิน The Rapid Estimate of Adult in Medicine (REALM) เดิม โดยแบบประเมินนี้ใช้ประเมินทักษะ การอ่านเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์ที่เป็นพื้นฐาน และต้องอ่านอย่างรวดเร็ว สำหรับกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยลดจำนวนคำศัพท์ลงเหลือ 66 คำ และลดเวลาที่ใช้ทดสอบเหลือประมาณ 1-2 นาที โดยจัดเรียง คำศัพท์เป็น 3 คอลัมน์

**2.2.3 The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)** เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Parker et al. ในปี ค.ศ.1995 มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach 's alpha เท่ากับ 0.98 เพื่อใช้ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ เพื่อประเมินระดับความเข้าใจในการอ่านข้อมูลข่าวสารและ ความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณตัวเลขระดับพื้นฐาน มีทั้งหมด 67 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การ ทดสอบการอ่าน 50 ข้อ ประกอบด้วย สิทธิผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบการเล่าอย่างเต็มที่ ข้อความที่ ใช้ในการทดสอบอ่าน และทำความเข้าใจเป็นข้อความที่ให้เติมคำในช่องว่าง ประมาณ 5-7 คำ ให้ เลือกคำจากตัวเลือกมาเติมใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ 2 คือ การทดสอบด้านตัวเลข 17 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหาฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานยา การนัดหมาย

และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยมีการแบ่งช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 100 คะแนน และมีการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่

กลุ่มที่มีทักษะไม่เพียงพอ	ช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 59	คะแนน
กลุ่มที่มีทักษะปานกลาง	ช่วงคะแนนระหว่าง 60 – 74	คะแนน
กลุ่มที่มีทักษะเพียงพอ	ช่วงคะแนนระหว่าง 75 – 100	คะแนน

**2.2.4 Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S - TOFHLA)** เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Baker al. ในปี ค.ศ.1999 มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach 's alpha เท่ากับ 0.97 โดยประยุกต์จากแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) โดยพัฒนาให้มีจำนวนข้อที่ลดลงเหลือ 40 ข้อ โดยแบ่งเป็น ด้านการอ่านจำนวน 36 ข้อ และด้านการคำนวณจำนวน 4 ข้อ ทำให้ระยะเวลาในการทดสอบสั้นลง เหลือเพียง 12 นาที โดยมีการแบ่งช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 100 คะแนน และมีการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มที่มีทักษะไม่เพียงพอ	ช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 53	คะแนน
กลุ่มที่มีทักษะปานกลาง	ช่วงคะแนนระหว่าง 54 – 66	คะแนน
กลุ่มที่มีทักษะเพียงพอ	ช่วงคะแนนระหว่าง 67 – 100	คะแนน

**2.2.5 The Newest Vital sign (NVS)** เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Weiss et al. ในปี ค.ศ.2005 มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach 's alpha มากกว่า 0.76 ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ โดยเป็นการทดสอบการอ่านแบบเร็วโดยใช้เวลา 3-5 นาที มีทั้งหมด 6 คำถามที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งมาจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งถือว่า NVS เป็นแบบประเมินที่ใช้เวลาในการทดสอบน้อยที่สุด และมีความแม่นยำในกาทดสอบกลุ่มผู้ที่มีการอ่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ

**2.2.6 เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวรรณศิริ นิลแสง (2557)** โดยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam โดยมีการแบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ตามการเพิ่มคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communicative skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การจัดการตนเอง (self-management) และการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) โดยมีรายละเอียดการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและองค์ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ

2. วิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ โดยแบ่ง key partner ออกเป็น 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ (จำนวน 10 คน) กลุ่มผู้ให้บริการ (จำนวน 10 คน) กลุ่มผู้กระจายบริการ (จำนวน 4 คน)

และกลุ่มผู้จัดระบบบริการ (จำนวน 6 คน) โดยพิจารณาจากความสามารถและความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ และทำการสุ่มเลือกผู้เชี่ยวชาญจาก แต่ละกลุ่มมาร้อยละ 50 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อเป็น key person ในการร่วมพัฒนาเครื่องมือวัด ระดับความฉลาดทางสุขภาพดังกล่าว ซึ่งได้จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 15 ท่าน

3. ดำเนินกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (จากข้อ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) ใน การศึกษานี้ได้ดำเนินการทำเดลฟาย 3 รอบ รายละเอียด ดังนี้

3.1 เดลฟายรอบที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ รอบนี้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ผู้เชี่ยวชาญรายบุคคล โดยใช้ แบบสอบถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นทำการ วิเคราะห์โดย ละเอียดและนำมาสังเคราะห์เป็นประเด็น โดยพิจารณาตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออก

3.2 เดลฟายรอบที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้นำหนักความสำคัญในแต่ละ ข้อคำถาม ผู้วิจัยนำคำตอบที่วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้จากรอบแรกมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ชนิด มาตรฐานค่า เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านให้นำหนักความสำคัญในแต่ละข้อ เมื่อได้ แบบสอบถามกลับมาแล้ว ทำการวิเคราะห์ผลคำตอบของแต่ละข้อโดยการหาค่ามัธยฐาน (median) ค่าฐานนิยม (mode) และค่า พิสัยควอไทล์ (interquartile range : IQR)

3.3 เดลฟายรอบที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบหรือเปลี่ยน คำตอบ ใหม่ โดยนำผลวิเคราะห์ค่าพิสัยควอไทล์ของแต่ละข้อจากรอบที่ 2 มาสรุปความเห็นที่ สอดคล้อง ของผู้เชี่ยวชาญ แล้วส่งกลับไปให้ ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยน คำตอบใหม่

4. ดำเนินการสร้างเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบเป็น “แบบทดสอบ” เพื่อให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการทาเทคนิค เดลฟายและกรอบการพัฒนาเครื่องมือที่อ้างอิงมาจากรายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความ ฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3

เครื่องมือ จะเรียกว่า “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของ ผู้สูงอายุ” ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพจำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีลักษณะเป็นการเลือกตอบ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นมาตรฐานค่า

องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เป็นมาตรฐานค่า

องค์ประกอบที่ 4 ด้านทักษะการตัดสินใจ มีลักษณะเป็นสถานการณ์สั้น

องค์ประกอบที่ 5 ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า

องค์ประกอบที่ 6 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า

โดยรายละเอียดของการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นดังต่อไปนี้

ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวนรวมทั้งหมด 38 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 74 คะแนน ซึ่งจำแนกแต่ละองค์ประกอบได้ ดังนี้

**1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค** จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค แต่ละคำถามมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 12 คะแนน โดยข้อคำถามทั้ง 12 ข้อ จำแนกออกเป็น

1. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 11 และ 12
2. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 4, 8 และ 10
3. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5, 6, 7 และ 9

**2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเอง ถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตรฐานค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนนคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

1. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1
2. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 และ 5
3. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 และ 4

3) **ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ** จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเอง ถึงความสามารถในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 12 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับด้านทักษะการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ยกเว้น ข้อที่ 3 ที่ให้คะแนนในทางกลับกัน ข้อคำถามทั้ง 6 ข้อ จำแนกออกเป็น

1. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 และ 2
2. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 และ 4
3. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5 และ 6

4) **ด้านทักษะการตัดสินใจ** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสถานการณ์สั้นมีตัวเลือก 2 – 4 ตัวเลือก โดยให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ คะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีในการกำหนด ทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

2 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี – ผลเสีย

3 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี – ผลเสียและแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเอง

4 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี – ผลเสียและแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น หรือ แสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

1. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4
2. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5

5) **ด้านทักษะการจัดการตนเอง** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนนคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับด้านทักษะการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ

ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

1. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 และ 2
2. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3
3. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4 และ 5

6) **ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาสิ่งที่สื่อเสนอ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับด้านทักษะการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ยกเว้น ข้อที่ 1 ที่ให้คะแนนในทางกลับกัน ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

1. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 และ 2
2. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3
3. ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4 และ 5

**2.3 คุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพ** กองสุขศึกษ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) เป็นหน่วยงานที่เล็งเห็นความสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนไทยได้กำหนดคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพ ตามแนวความคิดของ Nutbeam ได้ดังนี้

**2.3.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (access)** หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การ อ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลัก เหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูล และสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ จะสามารถมีการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้ถึงวิธีการค้นหาต่างๆ

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการ เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

**2.3.2 ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)** หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบท ของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อ แก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ มีการรับรู้ประเด็นและเนื้อหาที่สำคัญ นำสู่การปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความเข้าใจและสามารถอธิบายประเด็นและเนื้อหาที่สำคัญที่จะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลอย่างมีเหตุผล เกี่ยวกับแนวทางในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

**2.3.3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (communicative skill)** หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ตอรองและรณรงค์ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อ กระตุ้น ชักนำความคิดและวิธีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ สามารถ พูด อ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเพื่อนำสู่การมีสุขภาพที่ดีได้

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

**2.3.4 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)** หมายถึง กระบวนการคิด วิเคราะห์ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจาก ทางเลือกที่มีอยู่ โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการกำหนดทางเลือก หรือจะปฏิเสธหรือจะหลีกเลี่ยง วิธีในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีความสามารถในการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ ผลดี หรือผลเสียในการที่จะเลือกหรือจะปฏิเสธที่จะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถในการแสดงทางเลือกที่จะทำให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดทั้งต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงถึงข้อมูลที่จะสามารถนำมาลบล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

**2.3.5 ทักษะการจัดการตนเอง (self-management)** หมายถึง วิธีการ ทักษะ และกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งมั่น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองและอื่นๆ ที่

นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติโดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ การมีกำหนด เป้าหมายและมีการวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถกระทำตามแผนที่ได้กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถที่จะทบทวนวิธีในการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

**2.3.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)** หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการใช้ ทักษะในการคิด ทาความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระ หรือสิ่งที่สื่อเสนอ และสามารถ ตีความเนื้อหาสาระที่แฝงอยู่ในสื่อและสามารถประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อเสนอได้

จากการจำแนกคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการให้รายละเอียดเพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและวัดผลและสะดวกในการนำสู่การพัฒนาทางด้านความฉลาดทางสุขภาพอีกด้วย โดยจะสามารถแบ่งตามระดับของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ได้ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ มีความสามารถที่จะตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับมาจากสื่อ เพื่อนำมาดูแลตนเอง

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับข้อมูลจากสื่อเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองและผู้อื่น

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อเป็นการแนะนำแนวทางที่ถูกต้องให้กับบุคคลอื่นในสังคมและชุมชน

**2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ** จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพนั้นพบว่า มีการศึกษาหลายงานได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ เนื่องจากได้เล็งเห็นความสำคัญของการใช้ความฉลาดทางสุขภาพเพื่อเป็นพื้นฐานในการนำสู่สุขภาพที่ดีต่อไป โดยผู้วิจัย ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมปัจจัยที่ส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ ดังนี้



### 2.4.1 ความรู้เรื่องสุขภาพ

ความรู้เรื่องสุขภาพ ถือเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของบุคคล เนื่องจากการจุดเริ่มต้นที่จะทำให้บุคคลเกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นจำเป็นจะต้องอาศัยการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย จากการศึกษาของ Yongbing et al., (2015) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุชาว Xinjiang

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุดคือ ความรู้เรื่องสุขภาพ โดยมีค่าความสัมพันธ์ คือ  $r = 0.95$  โดยได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สามารถยืนยันการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทางด้านสุขภาพที่ดี ที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีประโยชน์อย่างยิ่งในการเพิ่มระดับทักษะความฉลาดทางสุขภาพ และสามารถส่งเสริมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (healthy aging) ต่อไป

### 2.4.2 เศรษฐฐานะ

จากการทบทวนวรรณกรรมจากหลายๆการศึกษาพบว่า การที่ประชาชนจะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างซึ่งจากผลการศึกษาหลายๆการศึกษาพบว่าการมีความฉลาดทางสุขภาพที่ดีนั้นจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ และหนึ่งในปัจจัยที่มีผลในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ คือ ระดับของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ หรือ เศรษฐฐานะ โดยมีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย Baker et al., (1998) พบว่าระดับของเศรษฐานะที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และระดับของการมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีผลทำให้มีความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จากผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า ระดับของเศรษฐานะของบุคคล มีผลต่อการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางจิต พบว่าเศรษฐานะเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพได้ (Clausen et al., 2016 ) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เศรษฐฐานะ เป็นหนึ่งปัจจัยที่สามารถบ่งชี้การมีความฉลาดทางสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเลือกใช้บริการมาสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงการบริการต่างๆ

### 2.4.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพ เนื่องจากถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพต่างๆ จากการศึกษาของ Paashe-Orlow et al., 2016 พบว่า ระดับของการศึกษามีผลต่อการเพิ่มของระดับความฉลาดทางสุขภาพ รวมถึง ความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน ซึ่งเป็นทักษะที่มีความจำเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจเรื่องราว และข้อมูลต่างๆ การที่รับข้อมูลใดๆ หรือ

การที่จะเข้าใจสิ่งใดได้ จะต้องอาศัยพื้นฐานทางด้านการศึกษา กล่าวคือ การศึกษาเป็นสาเหตุที่ทำให้คนรู้ หรือเข้าใจสิ่งต่างๆ รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วย

#### 2.4.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อมูลข่าวสาร การประเมินพฤติกรรม และอารมณ์/สังคม ตามหลักของทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) ที่เป็นหนึ่งในทฤษฎีการสูงอายุที่ได้กล่าวถึง ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) คือการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพ และบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ สอดคล้องกับ ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) โดยทฤษฎีนี้ มีความเชื่อว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา ซึ่งจากทฤษฎีผู้สูงอายุดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงการมีกิจกรรมต่อเนื่องทางสังคม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al., (2004) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคลกับคุณภาพทางสุขภาพและสถานะทางสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้จากผลการศึกษาสามารถวิเคราะห์ได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ในการทำกิจกรรมหรือการเข้าถึงบริการหรือข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ นั้น เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพได้

1. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ
2. การวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดซึ่งสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของเฮาส์ (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ดังนี้

2.4.4.1 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ เงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ และการทำงานแทนเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ เช่น การเตรียมอาหาร ซักเสื้อผ้า

2.4.4.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับความรู้ คำแนะนำ จากบุคคลใกล้ชิด เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการป้องกันอุบัติเหตุ

2.4.4.3 ด้านการประเมินพฤติกรรม หมายถึง การได้รับคำเตือนหรือข้อมูลป้อนกลับจากบุคคลใกล้ชิด ในสิ่งที่ได้แสดงออกมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และนำไปใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น

2.4.4.4 ด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ ให้ความเคารพ ได้รับการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และไม่รู้สึกลัวโดดเดี่ยว โดยเฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจและความสนใจ

2) การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support)

3) การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผลและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ร่วมในสังคม

4) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นข้อมูลหรือคำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

**2.4.5 การมีส่วนร่วมทางสังคม** คือ การเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมหรือในชุมชน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกิจกรรมที่มีในแต่ละระดับของการปฏิสัมพันธ์ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา ; สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558) ซึ่งได้มีการแบ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยออกเป็น 4 ระดับ ตามการวิเคราะห์ของ Levasseur et al., (2014) ดังนี้ การทำกิจกรรมเพื่อเตรียมตนเองในการเกี่ยวข้องกับผู้อื่น การอยู่กับผู้อื่น การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยไม่ได้มีกิจกรรมที่เจาะจง การร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น การช่วยเหลือผู้อื่น การช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาสังคมและการทำประโยชน์ต่อสังคมในภาพใหญ่ ซึ่งได้วิเคราะห์การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยได้แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว ระดับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและระดับการทำประโยชน์ต่อสังคมในภาพใหญ่ และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบการมีส่วนร่วมทางสังคมในรูปแบบของการพัฒนาความรู้ ความสามารถส่วนบุคคล เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุและอื่นๆ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ผู้สูงอายุต้องการ

**2.4.6 เพศ** คือความแตกต่างระหว่าง ชายและหญิง แต่ในปัจจุบัน เรื่องเพศยังเป็นเรื่องทีละเอียดอ่อน โดยในด้านแนวความคิดหมายถึง ความแตกต่างทางสังคม ระหว่างชายและหญิง ทำให้เกิดมุมมองที่ใช้พิจารณาแนวความคิด พฤติกรรม บทบาท และความคาดหวัง ที่มีต่อผู้ชายและผู้หญิงในฐานะที่เป็นชายหรือหญิง ดังนั้นทำให้การศึกษาหลายๆด้าน จึงมักจะหยิบยก ประเด็นของเพศมาศึกษา เนื่องจากมีความแตกต่าง หลากหลาย จนส่งผลให้เกิดผลต่างๆตามมา และจากผลการศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาที่ถูกต้องและเหมาะสม การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเช่นกัน ที่ได้

นำประเด็นเรื่องเพศมาศึกษา เช่น จากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) ได้แสดงผลการศึกษาว่า เพศที่ต่างกัน มีความฉลาดทางสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al., (2007) ที่กล่าวว่า เพศที่แตกต่าง จะมีความฉลาดทางสุขภาพที่ต่างกัน และมีการศึกษาพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกว่าเนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นเพศที่แข็งแรง จึงไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (แจ่มจันทร์ วรรณปะเกและ ธิดา ผาติเสนะ, 2561)

**2.4.7 อายุ** คือ สิ่งที่เป็นตัวบ่งบอกถึงระยะเวลาการมีชีวิต โดยนับจากเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน นับตามปีปฏิทิน อายุทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างบุคคล มีพัฒนาการตามช่วงวัยที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการดูแลที่ต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้นการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการในแต่ละวัย และในแต่ละบุคคลจะมีอัตราการพัฒนาการที่ไม่เท่ากัน (วารุณี ภูวสรกุล, 2554) มีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีความฉลาดทางสุขภาพที่ลดลง (Baker et al., 2000)

## 2.5 ระดับความฉลาดทางสุขภาพ

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้น จากการจำแนกระดับของ Nutbeam (2008) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยชิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ได้จำแนก ความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีการระบุไว้ชัดเจนในบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century โดยความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 3 ระดับของ Nutbeam ดังนี้

**ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานหรือ functional health literacy** ได้แก่ ทักษะหรือสมรรถนะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีการอธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการ ประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและบอกกล่าวจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

**ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/interactive health literacy** ได้แก่ สมรรถนะหรือทักษะพื้นฐานและ การมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ ในการเข้าร่วมกิจกรรมรู้จักเลือกใช้ข้อมูล

ข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

**ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ หรือ critical health literacy** ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับ วิจาร์ณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยง ประโยชน์ ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการมีความฉลาดทางสุขภาพตามแนวความคิดของ Nutbeam คือ ประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ การพัฒนาความรู้ รวมถึงสามารถป้องกันความเสี่ยง การมีมาตรฐานในการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปสู่การเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติตนสร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจ และเพื่อเพิ่มความทนทานต่อการแก้ปัญหา อีกทั้งยังมีประโยชน์ต่อสังคม ดังนี้ เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พัฒนาเพื่อปรับปรุงการสื่อสารทางสังคม เข้าถึงปัจจัยสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมและเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน

### 3 ความฉลาดทางสุขภาพกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

#### 3.1 สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

จากผลลัพธ์ของการมีความฉลาดทางสุขภาพ คือการที่มีสุขภาวะที่ดีนั้นได้สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดย Hansen-Kyle (2005) โดยได้กล่าวกล่าวว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะนั้นประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม โดยกล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างเป็นธรรมชาติ บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ได้อย่างปกติ เมื่อมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย จะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี ทั้งนี้จะต้องรวมถึงการที่บุคคลมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีที่นั้นจะเป็นแนวทางที่จะทำให้มีความสมดุลทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมตามคุณลักษณะที่ผู้เขียนได้ให้ไว้คือจะต้องประกอบด้วยการมีความยืดหยุ่นในการใช้ชีวิต โดยประกอบด้วย 2 อย่าง คือการปรับชดเชยกับการปรับตัวที่ดีจะส่งผลทำให้เกิดความยืดหยุ่นจนทำให้เกิดเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและจากการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีนั้นจะส่งเสริมให้เป็นการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จโดยผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะส่งผลให้เกิดความสามารถ 2 อย่าง คือสามารถปกป้องตัวเองได้และมีความอิสระในการใช้ชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นถึงการมีสุขภาพที่ดีจนนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต โดยการมี

ความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถนำสู่การสูงวัยอย่างสุขภาพดีได้ โดยได้ทำการแบ่งองค์ประกอบการสูงวัยอย่างมีสุขภาพเป็น 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1. Continuous process of change and adaptation มีการปรับตัวต่อกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีอย่างต่อเนื่อง

2. Self-defined and individualistic มีความเป็นตัวของตัวเอง ได้ทำสิ่งที่ต้องการ

3. Slowing down of body process การชะลอความเสี่ยง หรือกระบวนการต่างๆของร่างกาย

4. Acceptant and movement towards death สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย และการเผชิญกับความตายได้ในอนาคต

5. Desire to continue to actively participate in life process การที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

6. Ability to function Physically, cognitively, and socially การที่คงความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านการรู้คิด และด้านสังคม ได้

7. Continual modification, self- assessment, and redefinition of self and abilities การประเมินและปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างมี ประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการที่มีความสามารถในการปฏิบัติตามองค์ประกอบการสูงวัยอย่างมีสุขภาพนี้คือ การทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองได้อย่างอิสระ และการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุนำสู่การมีความพอใจในชีวิต

#### 4. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุถือเป็นวัยที่ได้ผ่านการใช้ชีวิต การสั่งสมประสบการณ์ต่างๆเป็นเวลานานกว่า 60 ปี ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ตามพัฒนาการของช่วงวัยสูงอายุ โดยส่วนมากจะเกิดความเสื่อมขึ้นเนื่องจากการใช้งานมาอย่างยาวนาน ทั้งนี้แล้วแต่ตัวบุคคลว่าจะมีสภาพร่างกาย จิตใจ อย่างไร โดยการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจและทางสังคม มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

##### 4.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ในวัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย หลายอย่าง ที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่างๆ ดังนี้

**ระบบผิวหนัง** โดยจะเริ่มจากการที่ผิวหนังมีความยืดหยุ่นลดลง ยืดหยุ่นได้ไม่ดีเนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดจำนวนลง ทำให้เกิดรอยย่น ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากผิวหนังได้ดี ทำให้เกิดอาการเกิดลมแดดได้ง่าย มีความสามารถในการทนต่อความหนาวเย็น หรือ

ความร้อนได้น้อยลง เกิดผิวหนังแห้งและแตกง่ายขึ้น เซลล์เม็ดสีทำงานลดลง มีรังควัตถุสะสมในผิวหนังบางพื้นที่ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาล การรับรู้อุณหภูมิและการรับรู้ถึงความสัมผัสอ่อนลดลง การรับความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง

**ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ** กล้ามเนื้อที่มีเส้นใยลดลง ทำให้ความสามารถและกำลังในการหดตัวลดลง ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ซ้ำลง ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักลดลง เนื่องจากการสลายของแคลเซียมในกระดูก ส่งผลให้กระดูกบางและเปราะมากขึ้น ความยาวของกระดูกสั้นลงหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง มีอาการหลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลง น้ำไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น

**ระบบประสาทและประสาทสัมผัส** ผู้สูงอายุจะมีขนาดของสมองลดลง เนื่องจากจำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลงประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลงส่งผลให้ การเคลื่อนไหว ความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนจะมีวงจรที่สั้นลง เวลาตื่นเร็ว ง่ายและมากขึ้น

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

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

**ระบบทางเดินอาหาร** ช่องปากและหลอดอาหาร ฟันมีสารเคลือบฟันบางลง ฟันคลอน และหลุดร่วงง่าย ทำให้มีปัญหาในการรับประทานอาหาร ต่อม้ำลายผลิตน้ำลายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุ

มีปากและลิ้นแห้ง และสารเมือกที่ช่วยเคลือบให้อาหารเป็นก้อนน้อยลง มีผลทำให้เกิดปัญหาการกลืนลำบาก การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง และหลอดอาหารกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และเกิดอาการสำลักได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลงเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย การไหลเวียนโลหิตในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อมลง ทำให้การดูดซึมสารอาหาร อาจทำให้เกิดอาการขาดสารอาหารได้ กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักเสื่อม อาจส่งผลต่อการกลั้นอุจจาระไม่ได้ ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำลายพิษของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลง แต่ระดับคลอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง การผลิตเอนไซม์ลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ยังมีเพียงพอแก่ความต้องการ

**ระบบทางเดินปัสสาวะ** น้ำหนักของไตลดลง เนื่องจากขนาดไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัวขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดในไตและอัตราการกรองของหน่วยไตลดลง ทำให้เกิดของเสียคั่งในเลือด ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อย และหลังจากการขับถ่ายปัสสาวะก็จะมีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

**ระบบสืบพันธุ์** ในผู้ชายพบว่าลูกอัณฑะเหี่ยวและมีขนาดเล็กลงผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลงขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการผสมกับไข่ลดลงความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดอาการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

**การมองเห็น** ความสามารถในการมองเห็นลดลง รูม่านตาเล็กลงปฏิกิริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง ผนังตาตึงแก้วตา เริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจก รอยขุ่น กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทา ลานสายตาคาบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตาวาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี ต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

**การได้ยิน** ความสามารถในการได้ยินลดลงหรือมีภาวะหูตึง ต่อมสร้างซีหุ้มมีจำนวนลดลง การผลิตซีหุ้มลดลง ซีหุ้มแห้งและแข็งมากขึ้น หากมีการสะสมของซีหุ้มจำนวนมาก จะทำให้ไม่ได้ยิน หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดการแข็งตัว เลือดไปเลี้ยงหูชั้นในน้อยลง เนื่องจากศูนย์ควบคุมการทรงตัวที่หูเสื่อม



ลง มีความสามารถในการทรงตัวลดลง และมักมีอาการเวียนศีรษะ ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย และการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้สัมผัสต่างๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมลง ทำให้เงอะงะ มีปฏิกิริยาตอบสนองช้ากว่าเดิม

**4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ** มีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย

**4.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม** เริ่มต้นจากการเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัว ก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับ จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ก็จะกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เป็นที่ปรึกษา หรือผู้คอยดูแลบ้าน หรืออาจเป็นผู้อาศัยไปการเสื่อมความเคารพและการถูกทอดทิ้งจะเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตมาก มีความวิตกกังวล บางรายอาจแยกตัวเองเป็นบุคคลไร้ความสามารถ สูญเสียความรู้สึกมีค่า ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งในตัวเอง และจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน โดยเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม รวมถึงการใช้ชีวิตในช่วงก่อนถึงวัยสูงอายุ ทั้งนี้รวมถึงประสิทธิภาพการดูแลตนเองในอดีตอีกด้วย

## 5. ทฤษฎีการสูงอายุ

ได้มีการรวบรวมหลักการเพื่อใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ดัง ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม ได้แก่

**5.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)** โดยในทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงกาเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

### 5.1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ประกอบด้วย

5.1.1.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือทฤษฎีเซลล์โดยมีการอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตล้วนแล้วแต่มีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการตลอดเวลา

5.1.1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) หรือ ทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายว่ามนุษย์ถูกกำหนดอายุขัยมาไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) โดยมีการอธิบายเพิ่มเติมว่าถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็มีอายุยืนยาวตามไปด้วย ทฤษฎีนี้เชื่อว่านาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียสและโปรตีนพลาสซึมของ cell ในร่างกาย

5.1.1.3 ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสี ทีละเล็ก ทีละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรคภัยไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็ง

5.1.1.4 ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของ Cell (Error Theory) หรือ ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความชราเกิดจากนิวเคลียสของ Cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้ Cell ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิม และกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมและร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันมาต่อต้าน เป็นผลให้ Cell เสื่อมสลาย และทำหน้าที่ไม่ได้ดังเดิม

### 5.1.2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) ประกอบด้วย

5.1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) โดยกล่าวว่าความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คืออวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงาน จะเสื่อมสภาพไปก่อนในขณะที่อวัยวะส่วนอื่นๆ ที่ทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น

5.1.2.2 ทฤษฎีระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบประสาทจะลดลง Reflex ต่างๆ จะเชื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลงเช่น Insulin จะผลิตน้อยลงเกิดเป็นเบาหวานขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

5.1.2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกัน ตามปกติจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่างๆ เช่น ในกระดุกต่อมไทมัส, ระบบน้ำเหลือง, ตับ และม้ามเสื่อมสภาพ และจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วย

### 5.1.3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) ประกอบด้วย

5.1.3.1 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้ Cell ตาย บุคคลเมื่อเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น เมื่อคนอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะตอบสนอง โดยไฮโปทาลามัส และพิทูอิทารี ถูกกระตุ้นให้หลั่ง Adreno corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephrine ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ช่วยให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ในภาวะเครียดได้ แต่ถ้าร่างกายต้องเผชิญกับภาวะนี้มากๆ อาจเสื่อมและทำงานผิดปกติได้

5.1.3.2 ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นของเสียจะถูกสะสม ทำให้ cell เสื่อมและตายเพิ่มขึ้น สารที่พบได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดา ไม่ละลายน้ำเป็นสารประกอบจากพวก Lipoprotein

5.1.3.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงกระบวนการออกซิเดชันของ O<sub>2</sub> ที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจากพวกโปรตีน, คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free Radical substance) ซึ่งสามารถทำลายผนัง cell โดยโมเลกุลของ

อนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของ Cell เปลี่ยนไปอนุมูลอิสระเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก

5.1.3.4 ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ (Cross link Theory on cross link of collagen T.) เชื่อว่าเมื่อขรา สาร Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้น และจับตัวกันมากขึ้นทำให้ collagen Fiber หดตัวขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบมีผลให้ cell ตาย และเสียหายที่กระบวนการนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของ cell โดยสาร cross link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อม

## 5.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนจรรยาบรรณที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อาศัยอยู่

5.2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนาด้วยความมั่นคงอบอุ่นถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมกับใครได้อย่างมีความสุข

5.2.2 ทฤษฎีของอีริคสัน (Erikson's Epigenetic Theory) หรือทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของอีริคสัน อธิบายถึงการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุ กล่าวคือเป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อีริคสันอธิบายว่าเมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจต่าง ๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้วยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ สมหวังและผิดหวัง ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตของตน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลังอาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ (ปล่อยวางไม่สำเร็จ) ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ไม่สามารถทำอะไรใหม่ ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไปแล้วกลัวความตายที่กำลังใกล้เข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งความพอดิระหว่างความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง ทำให้คนเกิดความเฉื่อยฉวยฉลาดรู้เท่าทันโลกและชีวิตซึ่งเป็นสิ่งพึงปรารถนา

5.2.3 ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) โรเบิร์ต เพค ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 56 - 75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพ และทางจิตสังคม

### 5.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีแนวคิดที่น่าสนใจได้แก่

5.3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในทางบวก ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพ และบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ ที่ควรมีต่อสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

5.3.1.1 กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) เช่น การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว และการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ เป็นต้น

5.3.1.2 กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) เช่น เข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เป็นต้น

5.3.1.3 กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary activity) เช่น การทำงานในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจส่วนตัว และกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น

5.3.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกาย และไม่อาจหลีกเลี่ยง เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พึงพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อย ๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด

5.3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) กล่าวว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาช่วยอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในยามว่างมักมีปัญหาว่าจะเลือกกิจกรรมอะไรดีจะเป็นการ

สะดวกถ้าจะพิจารณากิจกรรมในยามว่างออกเป็นหลักใหญ่ ๆ 3 ประการคือ นันทนาการ การเรียนรู้ และการบริการผู้อื่น

1) กิจกรรมนันทนาการ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ทุกช่วงอายุ ทำให้ร่างกายสดชื่น ทำหาย กระตุ้นเตือนเปลี่ยนแนวคิด และได้สัมผัสกับคนอื่น รวมทั้งทำให้จิตใจของเราตื่นตัวอยู่เสมอ และมีชีวิตชีวา ผู้สูงอายุควรทำในสิ่งที่ตนเองชอบ และตนเองมีทักษะ หรือความถนัดเป็นพิเศษ ทักษะในงานวิชาชีพ อาจนำมาใช้ในกิจกรรมนันทนาการได้ ควรเลือกหลาย ๆ กิจกรรม และต้องมีเวลาพอด้วย งานอดิเรก เช่น วาดรูป ทำอาหาร การจัดสวน งานช่างไม้ ทอผ้า ทำหุ่น

เกม เช่น หมากรุก ปรีศนาอักษรไขว้

กีฬา เช่น เดิน ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน กอล์ฟ เทนนิส

ดนตรี เช่น เล่นดนตรี แต่งเพลง การขับร้องเพลง

การเข้าชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมกีฬา ศาสนา การเมือง ชมรมผู้สูงอายุ

การท่องเที่ยว เช่น การเขียนหนังสือคู่มือท่องเที่ยว ไกด์บรรยายในการท่องเที่ยว

กิจกรรมด้านนันทนาการในส่วนของบทบาทผู้สูงอายุนั้น มีได้หลายรูปแบบทั้งเป็นผู้กระทำเอง ทั้งเป็นงานอดิเรก และงานอาชีพ เป็นผู้ให้การปรึกษาแนะนำ หรือเป็นผู้สอน หรือเป็นผู้บรรยายพิเศษได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน ครอบครัวและสังคม

2) กิจกรรมการเรียนรู้ เมื่อผู้อยู่ในวัยสูงอายุ การเรียนรู้ยังมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความอยากรู้ อยากรูเห็นความพึงพอใจ หรือเพื่อการดำเนินกิจกรรมบางอย่าง ให้ได้รับความสำเร็จ ในแง่สุขภาพจิต การเรียนรู้จะเป็นการกระตุ้นจิตใจ และเป็นการแลกเปลี่ยนความสนใจกับผู้อื่น เช่น การเรียนในระบบการศึกษาผู้ใหญ่ หรือการศึกษานอกระบบ การเรียนในมหาวิทยาลัยเปิด และการอบรมระยะสั้น ๆ ฯลฯ

3) กิจกรรมบริการผู้อื่น เนื้อแท้ของชีวิตอย่างหนึ่งคือ การเสียสละ และทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่สังคม นอกเหนือไปจากทำให้แก่ตนเอง ครอบครัว โดยผ่านงานอาสาสมัคร ผู้สูงอายุอาจลงงานอาสาสมัครหลาย ๆ อย่างแล้วพิจารณาด้วยตนเอง

ว่ากิจกรรมแบบไหนที่เหมาะสมกับตนเองที่สุด บริการอาสาสมัครมีหลายแนวทาง เช่น บริการทางสุขภาพอนามัย หลายโรงพยาบาลมีองค์กรตั้งขึ้น เพื่อช่วยเหลือกิจการของโรงพยาบาล หรือสถานบริการอนามัย เช่น หาทุนเยี่ยมผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรบางประการ สังคมสงเคราะห์ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งออกช่วยเหลือสังคมหรือประชาชนที่ทุกข์ร้อนด้วยเหตุต่าง ๆ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้

องค์กรการกุศล หรือองค์กรทางศาสนา องค์กรเหล่านี้ ต้องการอาสาสมัครทำงานหลายด้าน เช่น งานหาทุน งานประสานงาน คนติดต่อ งานบริการที่ไม่ต้องอาศัยวิชาการขั้นสูง

ชมรมและสมาคม ผู้สูงอายุอาจเข้าร่วมชมรมหรือสมาคมได้ในหลายฐานะ เช่นเป็นผู้จัดการหรือประธาน ผู้สอน ผู้บริการหรือสมาชิก ในบรรดาสมาคม ชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ดีที่สุดคือสมาคมหรือองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับคนหนุ่มสาว ทำให้ช่องว่างระหว่างวัยหายไป

กลุ่มการเมือง เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่สนใจในทางการเมือง

กลุ่มเฉพาะทาง เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มสิทธิมนุษยชน

บทบาทตามวิชาชีพ เช่น เคยเป็นตำรวจ อาจเป็นหน่วยรักษาความปลอดภัยของหมู่บ้าน เคยเป็นครู อาจสอน หรือบรรยายพิเศษ และเคยเป็นช่าง อาจเปิดอบรมความรู้ด้านแก้ไขรถยนต์

#### ประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมบริการผู้อื่น

- 1) การได้เสียสละ เช่น ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นเป็นการแสดงว่าผู้อื่นยังต้องการท่าน อาศัยท่าน
- 2) การช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหาของเขาจะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยลงโดยอัตโนมัติ
- 3) ติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมีสภาพเลวร้ายกว่าท่านในบางเรื่อง เช่น สุขภาพอนามัยจะช่วยให้ท่านพึงพอใจในตนเอง
- 4) การเสียสละต่อสังคม จะทำให้ภาพพจน์ของตนเองน่าพึงพอใจ
- 5) การเสียสละหรือบริการผู้อื่น จะทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น และพลอยทำให้สุขภาพกายดีขึ้น

## 6. นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มีภารกิจหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประชากร ตามกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม

#### วัตถุประสงค์ ของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้
- 2) เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3) เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน

### เป้าหมาย ของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
- 2) มีฟันแท้หรือฟันปลอมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50
- 3) ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
- 4) ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

### กลวิธีของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสามารถดูแลตนเอง
- 3) พัฒนาบุคลากรทุกระดับในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) พัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพื่อการเสริมสุขภาพ
- 5) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมการป้องกัน การเฝ้าระวังสุขภาพและการประเมินผล
- 6) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 7) สนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม
- 8) สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ โดยประสานงานกันเป็นเครือข่าย เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 9) พัฒนาระบบสารสนเทศ การบริหารจัดการ ให้เอื้อต่องานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย

### 6.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี ลูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยทั่วไป ผู้สูงอายุก็มีความยินดีและเต็มใจให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าอยู่แล้ว ในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุยังให้ชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร ซึ่งจะให้ประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในเวลาเดียวกันด้วย

เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัว อันประกอบด้วย ลูกหลาน ฯลฯ ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยนำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน

2. ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ยกตัวอย่างเช่น เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและดักข้าวให้
3. ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนเองอยู่
4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนาสถานต่าง ๆ ลูกหลาน ควรจัดเตรียมข้าวของต่าง ๆ ให้ และจัดการรับส่งหรือเป็นเพื่อน
5. เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย
6. ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่ หรือต้องการไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจ และพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น
7. ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตร มาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน
8. ให้ความสำคัญเห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อแนะนำจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น
9. ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย
10. ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนัก เรื้อรัง

การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเตรียมตัวที่ดีและพร้อม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข ฉะนั้น ผู้สูงอายุควรรู้จักปฏิบัติตัว เพื่อการมีชีวิตที่เป็นสุขเช่นกันดังนี้ คือ

1. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส หางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ สุนัข หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น
2. ให้ความสนใจในลูกหลาน ปฏิบัติตนให้ลูกหลานมีความศรัทธา เชื่อมั่น และเป็นที่ยึดเหนี่ยวยามเดือดร้อนหรือทุกข์ใจได้



3. ให้ความสนใจต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยอ่านจากหนังสือ ฟังข่าวจากวิทยุ จากโทรทัศน์ จะได้มีความรู้ความเข้าใจ ถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคม อีกทั้งยังเป็นการบริหารความคิด และสมองไม่ให้เสื่อมถอยลง
4. ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในส่วนที่พอจะทำได้ เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็ก ช่วยดูแลบ้านเมื่อลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน
5. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ รู้จักออกกำลังกายตามความเหมาะสม ที่ร่างกายจะทำได้ ไม่ทำตัวให้เป็นที่กังวลของลูกหลาน หรือผู้อยู่ร่วมกัน

การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม

## 6.2 การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน จะเป็นรูปธรรมได้นั้น ทุกคนในชุมชนจะต้อง ได้รับการปลูกฝัง ให้มีพื้นฐานจิตสำนึก ความคิด และการปฏิบัติของทุกคนในชุมชน (ผู้สูงอายุ ลูกหลาน และผู้อยู่อาศัยในชุมชนทุกคน) ต้องตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะลูกหลาน) เสมอเหมือนปูชนียบุคคล ที่เปี่ยมด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ล้ำเหลือ และดีงาม ซึ่งเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของลูกหลาน ชุมชนในปัจจุบัน โดยลูกหลาน และผู้อยู่อาศัยในชุมชน ต้องแสดงความเคารพยกย่อง ให้เกียรติเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ในการให้คำปรึกษา แนะนำการดำเนินชีวิต, การงานอาชีพ, ครอบครัว, การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ และเอกชน

เพื่อเป็นรากฐานชีวิตในชุมชนที่จะเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อการช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างปกติ และมีความสุขอย่างต่อเนื่องตลอดไป เช่น สมัยปัจจุบัน โดยนับถือผู้สูงอายุจัดตั้งร่มโพธิ์ร่มไทร สร้างสายใยในครอบครัว สืบสานวัฒนธรรมที่ดีงามของชุมชน

6.2.1 ร่วมกันทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยความร่วมมือของประชาชนในชุมชน โดยชมรมเป็นแกนร่วมสร้างสวนสุขภาพ ประกอบด้วย สนามออกกำลังกาย, สนามเด็กเล่น, ลานกิจกรรม และร่วมปลูกต้นไม้ดอกไม้ให้ร่มรื่น สวยงาม เป็นรากฐานการปลูกฝังการดูแลสุขภาพ รักธรรมชาติแก่ลูกหลาน เป็นการสร้างสายใยสัมพันธ์ ร่วมกันทุกกลุ่มอายุให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน

6.2.2 การประสานงานรวมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อการส่งเสริมงบประมาณดำเนินกิจกรรมรณรงค์ การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี โดยจัดสัปดาห์ตรวจสุขภาพประจำปี จัดนิทรรศการเรื่องที่ชุมชน

สนใจ การทัศนอาจรใน และนอกสถานที่ของจังหวัด จัดฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรมทุกวันพระ และวันสำคัญทางศาสนา

6.2.3 ชุมชนจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน ในชุมชนนั้น ให้มีการสืบทอดการปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อถ่ายทอดถึงลูกหลาน และเป็นวัฒนธรรมในชุมชนตลอดไป เช่น กลุ่มจัดทำสิ่งของเครื่องใช้ อาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เพื่อจำหน่ายในร้านค้าของชุมชน และกลุ่มการนวดแผนไทยให้แพร่หลายตลอดไป

6.2.4 ชุมชนประกาศเกียรติคุณลูกหลาน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุดีเด่นในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ให้ลูกหลานมีจิตสำนึก ในความรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสืบไป

6.2.5 ชุมชนสร้างเสริมสื่อการดูแลรักษาสุขภาพ และส่งเสริมการดำเนินกิจกรรม ของชมรมผู้สูงอายุ ให้ดำรงอยู่ตลอดไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2.6 ชุมชนให้ความสำคัญ และจัดเตรียมความพร้อมบุคคล ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60 ปี) เพื่อการยอมรับ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ได้อย่างมีความสุข โดยการดำเนินโครงการฝึกทักษะชีวิต แบบมีส่วนร่วมในการปรับตัว รับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสม

6.2.7 ชุมชนจัดตั้งศูนย์ดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเตาะแตะ (เด็กอายุ 0-3 ปี) โดยผู้อยู่ในวัยก่อนสูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีความพร้อม และสมัครใจ เพื่อการแสดงถึงคุณค่า และมีการอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ของทรัพยากรบุคคลในชุมชน อย่างเป็นรูปแบบสมัยก่อนที่ดงามวิธีหนึ่ง

## 7. บทบาทพยาบาลในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเป็นแนวคิดที่จะพัฒนาระบบสุขภาพในเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพะที่ดี โดยเฉพาะการเน้นไปที่การส่งเสริมพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน ที่ยังต้องการการส่งเสริมอย่างถูกต้อง และสนับสนุนให้ประชาชนมีความเข้มแข็งและมีสุขภาพดี การป้องกันการเกิดโรคเชื่อมโยงจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังจะเห็นได้จากการยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทางด้าน การส่งเสริมและป้องกัน P&P (Prevention and Protection) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต การป้องกันและควบคุมโรคภัย การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมอุดมปัญญา ในอนาคต (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ในบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้บทบาทหน้าที่ ในมิติของการสร้างเสริมและดูแลป้องกันโรคให้แก่ประชาชนและเป็นผู้ที่มีความเข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคมของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ที่มีมีส่วนสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ต่อการสร้างเสริมความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุตามศักยภาพในแต่ละบุคคล นั้น

คือส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีความความฉลาดทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2559)

จากแนวคิดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทางด้าน การด้านการส่งเสริมและป้องกัน P&P (Prevention and Protection) ดังกล่าวข้างต้น ได้พบข้อมูลการกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการดำเนินการผลักดันและขับเคลื่อนในด้านการพัฒนาความฉลาดทางด้านสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โดยมีการเสนอแนะนโยบายในการพัฒนาดังกล่าวดังนี้

- 1) ส่งเสริมให้มีการยกระดับการพัฒนาปฏิรูปความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นวาระแห่งชาติ
- 2) มีการจัดตั้งกรรมการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพแห่งชาติมีการกำหนดให้นโยบายการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรวมถึงแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขอีกด้วย
- 3) ส่งเสริมให้องค์กรทางการศึกษาหรือทางสุขภาพหรือหน่วยงานต่างๆมุ่งสู่การเป็นหน่วยงานแห่งความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy organization) พัฒนาให้ชุมชนต่างๆ กลายเป็นชุมชนแห่งการมีความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy community)
- 4) สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้หนังสือให้มากขึ้น เพื่อเป็นพื้นฐานในการมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น
- 5) สนับสนุนงานศึกษาวิจัย และมีการจัดให้มีศูนย์ความเป็นเลิศทางความฉลาดทางสุขภาพขึ้น
- 6) จัดให้มีสื่อสาธารณะที่เผยแพร่และสนับสนุนให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นรวมถึงการพัฒนาคุณภาพของสื่อ
- 7) สนับสนุนการสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพ ในประชาชนทุกช่วงวัย หัวใจของการให้พยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชน ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ
  - 1) ภาคิหลัก 3 ภาคิคือ สามประสานที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาคิบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาคิบริการการสุขภาพ และภาคิบริการสังคม
  - 2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ จัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ เสริมเจตคติทางบวกทั้งในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ
  - 3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ : รพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ
    - 3.1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดี ต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ คือบุคคลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

- 3.2) ระบบบริการที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ คือหน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้ นำมีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มของผู้สูงอายุ
- 3.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้และต้องเอาใจใส่ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชนและที่บ้าน

โดยการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นมิติที่ต่างออกไปจากวัยอื่นๆซึ่งจะต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเพื่อให้เข้าถึงปัญหาได้ง่าย ดังที่มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวว่า จะต้องมีการประสานงานทั้งโรงพยาบาลญาติและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นเพื่อช่วยดูแล โดยการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุนี้ จะต้องมีความละเอียดลึกซึ้ง ต้องพินิจพิจารณาอย่างละเอียด ต้องมีการให้เกียรติผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งดูแลความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลด้วย

นอกจากนี้ ทางสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2558) ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

1. พัฒนาความสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและตัดสินใจว่าข้อมูลใดมีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะวิเคราะห์และตัดสินใจว่าข้อมูลสุขภาพใดที่มีความน่าเชื่อถือ ขณะเดียวกัน ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีแนวโน้มจะไม่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการ ดังนั้น การพัฒนาความสามารถให้ตัดสินใจต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลแล้วยังต้องพัฒนาให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือด้วย

2. การติดตามต่อเนื่องหลังจากได้รับบริการ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้ยา หรือการดูแลสุขภาพหลังจากพบผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีการติดตามว่าผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือไม่ ได้ในระดับใด อะไรคืออุปสรรค

3. การสร้างบุคคลต้นแบบการสร้างแบบอย่างหรือบุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์และมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ดีที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนจะช่วยให้กระตุ้นและสร้างความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เป็นบุคคลตัวอย่างที่สนับสนุนให้คนอื่นได้ลองทำตาม ช่วยตอบข้อสงสัยต่อแนวทางการปฏิบัติที่ดี ตลอดจนการลดและกำจัดอุปสรรค ช่วยสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4. ลดการพึ่งพิงแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมีทัศนคติว่าเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้นเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนเป็นหนึ่งในหลายกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ซึ่งรวมถึงการสร้างต้นแบบตามที่ได้เสนอไว้ในข้อที่แล้ว

5. ผู้ให้บริการต้องเข้าใจบริบทของคนในชุมชนที่มบุคลลากรสุขภาพ มีความต้องการเรียนรู้พัฒนาทักษะการสร้างความสำเร็จชุมชน สิ่งแวดล้อม และคนไข้ ซึ่งหลายรายเผชิญกับปัญหาความซับซ้อนจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่สามารถให้คำ แนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมได้อย่างตรงไปตรงมา

6. การดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและรวมกัน หากสามารถรวบรวมเอาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่างๆ เข้ามาดำเนินการอย่างบูรณาการจะทำให้เกิดพลังการทำงานสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงทั้งนี้ยังได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดความฉลาดทางสุขภาพกลุ่มนี้คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาหนักในการค้นหา การเข้าถึง การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง กลุ่มนี้ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายแรกของการพัฒนาความแตกต่างทางด้านสุขภาพ

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีประเด็นหรือปัญหาด้านอื่นๆ ร่วมด้วยทีมให้บริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เปลี่ยนทัศนคติด้วยการเคารพ รับฟังปัญหา และเข้าใจบริบทสิ่งแวดล้อม มากกว่าที่จะกระโจนไปเรื่องสุขภาพก่อน

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างทางสุขภาพในระดับต่ำผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลจากคนในครอบครัว หรือผู้ดูแล ดังนั้นการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพจะมุ่งไปที่การพัฒนาตัวผู้ดูแล หรือคนในครอบครัว

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Baker et al., (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่แย่งลง โดยวิธีการศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุในชุมชนทั้งหมดจำนวน 2774 คน เพื่อเป็นการอธิบายคุณลักษณะประชากร ระดับการศึกษา ความถี่ในการอ่านหนังสือพิมพ์ การมีโรคเรื้อรัง และสถานะทางสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพคือ S-TOFHAL โดยมีระดับ 1-100 คะแนน และใช้เครื่องมือ MMSE ประเมินสมรรถภาพทางสมอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 1.4 คะแนน จากการเพิ่มขึ้นของอายุทุก 1 ปี กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้นทุกๆ 1 ปี จะมีระดับ S-TOFHAL ลดลง 1.4 คะแนน และหากจำแนกตาม เพศ สีผิว ลักษณะเชื้อชาติและระดับการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 1.3 คะแนน จากการเพิ่มขึ้นของอายุทุก 1 ปี เมื่อจำแนกตามลักษณะของ MMSE กับ S-TOFHALพบว่า ค่าเฉลี่ยของ S-TOFHAL ลดต่ำลง 0.9 คะแนน จากการเพิ่มขึ้นของอายุทุก 1 ปี ดังนั้น จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ

Ishikawa et al., (2016) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและแหล่งข้อมูล กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิตกกังวลและพฤติกรรมป้องกันตนเองของชาวญี่ปุ่น โดยตัวแปรที่ศึกษาคือตัวแปรต้นได้แก่ แหล่งข้อมูลการ สื่อสาร การรับรู้ความเสี่ยง, ความเสี่ยงในการวิตกกังวล, พฤติกรรมป้องกันและการใช้แหล่งข้อมูลตัวแปรตาม คือความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 139 คนมีความฉลาดทางสุขภาพ ในระดับต่ำการรับรู้ความเสี่ยง, ความเสี่ยงในการวิตกกังวล, พฤติกรรมป้องกัน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ แต่ในผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่สูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างดี และการใช้แหล่งข้อมูลพบว่าหนังสือพิมพ์เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารรองลงมาคือ ครอบครัว เพื่อนและโทรทัศน์ และสื่อที่เพิ่มความฉลาดทางสุขภาพได้มากกว่าคือการอ่านหนังสือพิมพ์และการใช้อินเทอร์เน็ตให้บ่อยขึ้น ส่วนความถี่ในการ ดูโทรทัศน์ ครอบครัว เพื่อน จดหมายสาธารณะ ไม่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับแหล่งข้อมูล ความเสี่ยงในการวิตกกังวลและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ พบว่าระดับของความฉลาดทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ กับความวิตกกังวล ส่วนสื่อที่สามารถทำให้เพิ่มระดับความเสี่ยงของการวิตกกังวลได้คือจดหมายสาธารณะกับโทรทัศน์

**วีรยุทธ ศรีทุมสุข (2560)** ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยกำหนดโดยตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ตัวแปรตาม คือ ระดับความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เครื่องมือในการศึกษาคือแบบสอบถามรายบุคคลประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านส่วนบุคคลและส่วนที่ 2 แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ผลการศึกษาพบว่าระดับความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับพื้นฐาน จำนวน 56 คน (ร้อยละ 73.7) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 26.3)

**เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556)** ได้ทำการศึกษาการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรับรองการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรับรองการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เครื่องมือวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส กับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน และแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ความรอบรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก 3 อ 2 ส

ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่มี ที่อยู่อาศัย เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพที่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพไม่ต่างกัน สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้ง่ายเป็นอันดับแรก คือการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร และมีความคิดเห็นว่าการจัดการทางอารมณ์เป็นเรื่องที่ยุ้งยากในการแก้ปัญหาหรือการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**วรรณศิริ นิลเนตร (2557)** ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษานี้ใช้วิธีการแบบผสมผสาน (Mixed method) เน้นเชิงคุณภาพในระยะหนึ่ง และการศึกษาเชิงปริมาณในระยะที่สอง และมีการสร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอีกด้วย เครื่องมือที่ใช้คือ เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยโดยที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยวัตถุประสงค์ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จุดเด่นของการศึกษานี้คือการสร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยเป็นงานแรก โดยการเทคนิคเดลฟายในการสร้างเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายฝ่าย โดยศึกษาวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย การพัฒนาเครื่องมืออ้างอิงจากแนวคิดของ Nutbeam

ผลวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพื้นฐานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม และการเดินทางมาชมรม

**นงลักษณ์ แก้วทองและคณะ (2557)** ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง ได้ทำการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และ ตัวแปรต้นคือ ความแตกฉานด้านสุขภาพตัวแปรตาม คือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยต่างๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแตกฉานด้าน สุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพในระดับก้ำกึ่ง ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอร้อยละ 51.5, 37.5 และ 11 ตามลำดับ ความแตกต่างด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญเรื่องโรคความดันโลหิตสูงสำหรับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพบว่าอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 49.5 และเกณฑ์ต้องปรับปรุงร้อยละ 50.5 ความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา สถานภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

**ปัทมาพร ธรรมผล และคณะ (2559)** ทำการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือ ตัวแปรต้นคือ ปัจจัยส่วนบุคคล และ ความแตกต่างด้านสุขภาพตัวแปรตาม คือผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและการประเมินภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งในภาพรวม และองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน ชั้นภูมิสัมพันธ์และชั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความแตกต่างด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด ค่าแอลดีแอล คอเลสเตอรอล และค่าเอชดีแอล คอเลสเตอรอล

**กัจจพน ศรีธานี (2560)** ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และจากแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือ ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางและ ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

**ชรินทร์ ต่วนชะเอม (2557)** การพัฒนากระบวนการการศึกษาตามอัยยาศัยเพื่อสร้างความฉลาดทางสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือ ตัวแปรต้น การพัฒนากระบวนการศึกษาตามอัยยาศัย ตัวแปรตาม ความฉลาดทางสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ ใช้แบบสำรวจสภาพปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ และความต้องการของพระสงฆ์ในการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการ



ศึกษาตามอรรถาธิบายเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาวะสำหรับพระสงฆ์ รวมทั้งแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า

1. พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องและไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2. กระบวนการศึกษาตามอรรถาธิบายสำหรับพระสงฆ์เพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาวะ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา ประเมิน วินิจฉัย กำหนดวัตถุประสงค์ ออกแบบแนวการเรียนรู้ กำหนดแนวทางประสบความสำเร็จ สร้างเครื่องมือ

3. พระสงฆ์มีคะแนนความฉลาดรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม

4. ปัจจัยส่งเสริมในการนำกิจกรรมไปใช้ คือ ด้านการเรียนรู้ ผู้เรียน กระบวนการ เนื้อหาสาระ และกิจกรรมที่นำไปใช้ คือ สถานที่ เวลา ผู้เรียน

5. ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนากระบวนการศึกษา มี 4 ยุทธศาสตร์ คือ สร้างเป้าหมาย วางแนวทาง ประเมินผลและสร้างความต่อเนื่อง

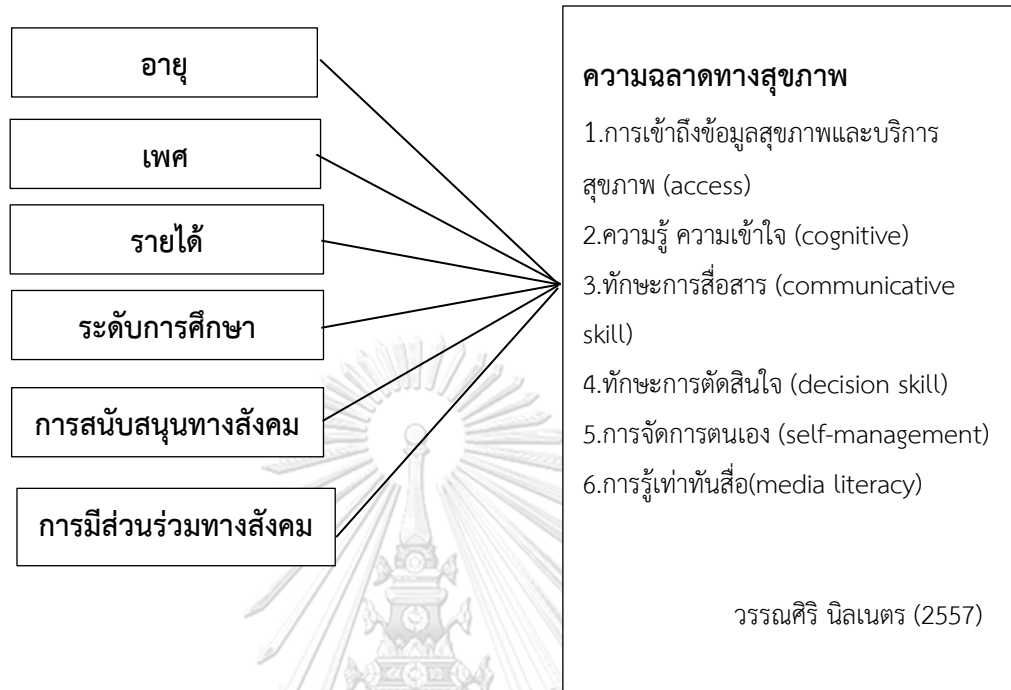
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความฉลาดทางสุขภาวนั้น จะเป็นตัวกำหนด และเป็นตัวกระตุ้นการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยจากแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam (2008)

การดำเนินการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครมีหลากหลายรูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแนวใหม่ เนื่องจากผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเป็นผู้สูงอายุที่มีลักษณะพิเศษ เนื่องจากสภาพทางสังคม จึงอาจส่งผลกระทบต่อความรู้และความฉลาดทางสุขภาพที่แตกต่างออกไป ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัย อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม มานำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 3

## 9. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Descriptive exploratory research) เพื่อการศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 50 ได้แก่ เขตพระนคร เขตดุสิต เขตหนองจอก เขตบางรัก เขตบางเขน เขตบางกะปิ เขตปทุมวัน เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตพระโขนง เขตมีนบุรี เขตลาดกระบัง เขตยานนาวา เขตสัมพันธวงศ์ เขตพญาไท เขตธนบุรี เขตบางกอกใหญ่ เขตห้วยขวาง เขตคลองสาน เขตตลิ่งชัน เขตบางกอกน้อย เขตบางขุนเทียน เขตภาษีเจริญ เขตหนองแขม เขตราชบุรีบูรณะ เขตบางพลัด เขตดินแดง เขตบึงกุ่ม เขตสาทร เขตบางซื่อ เขตจตุจักร เขตบางคอแหลม เขตประเวศ เขตคลองเตย เขตสวนหลวง เขตจอมทอง เขตดอนเมือง เขตราชเทวี เขตลาดพร้าว เขตวัฒนา เขตบางแค เขตหลักสี่ เขตสายไหม เขตคันนายาว เขตสะพานสูง เขตวังทองหลาง เขตคลองสามวา เขตบางนา เขตทวีวัฒนา เขตทุ่งครุ เขตบางบอน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยในเขต ตลิ่งชัน เขตบางพลัด และเขตราชเทวี

ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 2) สามารถฟัง พูด และติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ปกติ
- 3) มีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษา

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความผิดพลาดไม่เกิน .05 โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้ โดยที่  $n$  แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเป็น .05

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + N(e)^2} \\ &= \frac{936865}{1 + 936865(0.05)^2} \\ &= 399.99 \end{aligned}$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 420 ราย

#### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

**ขั้นที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)** คือในเขตกรุงเทพมหานครมีทั้งสิ้น 50 เขต แบ่งกลุ่มตามพื้นที่ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กรุงเทพมหานครเขตชั้นใน ชั้นกลาง ชั้นนอก

**ขั้นที่ 2 การสุ่มเขตโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling)** แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) เขตชั้นใน ประกอบด้วย 21 เขตปกครอง คือ พระนคร ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ ปทุมวัน บางรัก ยานนาวา สาทร บางคอแหลม ดุสิต บางซื่อ พญาไท ราชเทวี ห้วยขวาง คลองเตย จตุจักร ธนบุรี คลองสาน บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ ดินแดง วัฒนา

2) เขตชั้นกลาง ประกอบด้วย 18 เขตปกครอง คือ พระโขนง ประเวศ บางเขน บางกะปิ ลาดพร้าว บึงกุ่ม บางพลัด ภาษีเจริญ จอมทอง ราษฎร์บูรณะ สวนหลวง บางนา ทุ่งครุ บางแค วังทองหลาง คันนายาว สะพานสูง สายไหม

3) เขตชั้นนอก ประกอบด้วย 11 เขตปกครอง คือ มีนบุรี ดอนเมือง หนองจอก ลาดกระบัง ดลิ่งชัน หนองแขม บางขุนเทียน หลักสี่ คลองสามวา บางบอน ทวีวัฒนา

**ขั้นที่ 3 สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่** โดยการจับฉลากจาก 3 กลุ่ม ได้แก่ เขตราชเทวี เขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน โดยระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างเขตละ 140 คน โดยคัดเลือดตัวแทนชุมชนโดยการสุ่มอย่างง่ายได้ดังนี้ เขตราชเทวี ได้ชุมชน วัดอภัยยทารามและชุมชนประตุน้ำ เขตบางพลัด ได้ชุมชนวัดทอง ชุมชนวัดอาวุธ เขตตลิ่งชัน ได้ชุมชนสวนผักกับชุมชนซึกพระ

**ขั้นที่ 4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)** โดยการขอรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนที่สะดวกในการเข้าเก็บ ได้แก่ชุมชนที่มีเครือข่าย อสส. และสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูล โดยสอบถามจากสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ถึงสูงอายุที่พร้อมในการเข้าเก็บข้อมูลและสอบถามจากผู้สูงอายุเอง ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามชุมชนดังนี้

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเขต

เขต	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1.เขตราชเทวี		
แขวงทุ่งพญาไท	2318	68
แขวงถนนเพชรบุรี	3823	72
2.เขตบางพลัด		
แขวงบางยี่ขัน	6275	62
แขวงบางอ้อ	5590	78
3.เขตตลิ่งชัน		
แขวงคลองซึกพระ	2409	59
แขวงตลิ่งชัน	5711	81
รวม	26,126	420

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** ของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง เป็นคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้และระดับการศึกษา มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม** โดยพัฒนาและแปลมาจากเครื่องมือ Modified Social Participation Questionnaire ของ (Baum, Bush, Modra, et al., 2000) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วนคือ

1. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด  
ได้แก่ข้อคำถามที่ 1-14 มีเกณฑ์ในการจำแนกระดับ ดังนี้

1 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	5 คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	4 คะแนน
เดือนละครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน
นานๆครั้ง(2-3 ครั้งต่อปี)	เท่ากับ	2 คะแนน
แทบจะไม่เคย	เท่ากับ	1 คะแนน
ไม่เคย	เท่ากับ	0 คะแนน

2. ในระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้าร่วมกิจกรรมกีฬาดังต่อไปนี้ และบ่อยเพียงใด  
ได้แก่ข้อคำถามที่ 15-21 มีเกณฑ์ในการจำแนกระดับ ดังนี้

1 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	5 คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	4 คะแนน
เดือนละครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน
นานๆครั้ง(2-3 ครั้งต่อปี)	เท่ากับ	2 คะแนน
แทบจะไม่เคย	เท่ากับ	1 คะแนน
ไม่เคย	เท่ากับ	0 คะแนน

3. ในระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมดังต่อไปนี้หรือไม่  
ได้แก่ข้อคำถามที่ 21-24 มีเกณฑ์ในการจำแนกระดับ ดังนี้

ใช่	เท่ากับ	1 คะแนน
ไม่ใช่	เท่ากับ	0 คะแนน

โดยผู้ที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สูงที่สุดคือ 108 คะแนน จนถึงผู้ที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน แสดงว่าผู้ที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

#### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เป็นการวัดการสอดคล้องภายใน (internal consistency) หรือเรียกว่า การหาค่า Cronbach's alpha (ครอนแบคอัลฟา) เป็นการหาค่า "สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น" (coefficient of reliability) ซึ่งมีสูตรทางคณิตศาสตร์ ซึ่งค่ายิ่งสูงยิ่งดี โดยปกติในการวิจัย เกณฑ์ยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.847

**ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ** โดยพัฒนาจากเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพผู้สูงอายุ ของ วรณศิริ นิลแสง (2557) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวนรวมทั้งหมด 42 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 73 คะแนน ซึ่งจำแนกแต่ละองค์ประกอบได้ ดังนี้

**1. ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค** จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 14 คะแนน โดยข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 14 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน

ข้อคำถามที่ 6, 8, 9, 12 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

จำแนกออกเป็น

1.1 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 11 และ 12

1.2 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 4, 8 และ 10

1.3 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5, 6, 7, 13 และ 14

**2. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความสามารถของตนเองในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมาก มั่นใจค่อนข้างมาก มั่นใจค่อนข้างน้อย มั่นใจน้อย ไม่มั่นใจเลย คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มั่นใจเลย เท่ากับ 0 คะแนน

มั่นใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

มั่นใจค่อนข้างน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

มั่นใจค่อนข้างมาก เท่ากับ 3 คะแนน

มั่นใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

2.1 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1

2.2 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ได้แก่ข้อคำถามที่ 2, 5

2.3 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณได้แก่ข้อคำถามที่ 3 และ 4

**3. ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ** จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือทุกครั้ง บางครั้งและไม่ทำเลย คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 12 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับด้านทักษะการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ยกเว้น ข้อที่ 3 ที่ให้คะแนนในทางกลับกัน โดยข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 5, 6 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ทำเลย เท่ากับ 0 คะแนน

บางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ข้อคำถามที่ 3 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ทำเลย เท่ากับ 2 คะแนน

บางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ทุกครั้ง เท่ากับ 0 คะแนน

ข้อคำถามทั้ง 6 ข้อ จำแนกออกเป็น

3.1 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ คำถามที่ 1,2

3.2 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่คำถามที่ 3,4

3.3 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่คำถามที่ 5,6

**4. ด้านทักษะการตัดสินใจ** จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสถานการณ์และแบบสั้นมีตัวเลือก 2 – 4 ตัวเลือก และแบบบรรยาย โดยให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ คะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 7 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อ 1 หากตอบ กิน ได้ 0 คะแนน

หากตอบ ไม่กิน ให้ 1 คะแนน

ข้อ 2 หากตอบ กิน ได้ 0 คะแนน

หากตอบ ไม่กิน ให้ 1 คะแนน

ข้อ 3 หากตอบ ซื่อ ได้ 0 คะแนน

หากตอบ ไม่ซื่อ ให้ 1 คะแนน

ข้อ 4 หากตอบ เดินช้าๆได้ 1 คะแนน



- หากตอบ เต็มแอร์บิค ให้ 0 คะแนน
- ข้อ 5 หากตอบ ข้อ 1-3 ได้ข้อละ 1 คะแนน
- หากตอบ ข้อ 4 ได้ 0 คะแนน
- ข้อ 6 หากตอบ ได้ ได้ 1 คะแนน
- หากตอบ ไม่ได้ ให้ 0 คะแนน
- ข้อ 7 หากตอบได้ถึงแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง ได้ 1 คะแนน

1-2 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีในการกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

3-4 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี – ผลเสีย

5-6 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี – ผลเสียและแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเอง

7 คะแนนขึ้นไป สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี – ผลเสียและแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

4.1 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3 และ 4

4.2 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ คำถามที่ 5, 6 และ 7

**5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับคือ ทุกครั้ง บางครั้งและไม่ทำเลย คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่ทำเลย เท่ากับ 0 คะแนน

บางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

5.1 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ คำถามที่ 1 และ 2

5.2 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3

5.3 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4

และ 5

6. **ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ** จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาสิ่งที่สื่อนำเสนอ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทุกครั้ง บางครั้งและไม่ทำเลย คะแนนตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในข้อ 2, 3, 4, 5 ดังนี้

ไม่ทำเลย	เท่ากับ 0 คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ทุกครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในข้อ 1 ดังนี้

ไม่ทำเลย	เท่ากับ 2 คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ทุกครั้ง	เท่ากับ 0 คะแนน

ข้อมูลสุขภาพ จำแนกออกเป็น

- 6.1 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ได้แก่ คำถามที่ 1 และ 2
- 6.2 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3
- 6.3 ข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ คำถาม 4, 5

#### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เป็นการวัดการสอดคล้องภายใน (internal consistency) หรือเรียกว่า การหาค่า Cronbach's alpha (ครอนแบคอัลฟา) เป็นการหาค่า "สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น" (coefficient of reliability) ซึ่งมีสูตรทางคณิตศาสตร์ ซึ่งค่ายิ่งสูงยิ่งดี โดยปกติในการวิจัย เกณฑ์ยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.870

**ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม** จำนวน 20 ข้อผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวิลาวัลย์ รัตนา (2552) โดยใช้แนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support) 3) การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) 4) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นแบบสอบถามที่วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ระดับคือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้ค่าถามดังนี้

จริงมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
จริงมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
จริงปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
จริงน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
จริงน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อคำถามจากข้อ 1 - 20 จะมีคะแนน 20 - 100 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สูงที่สุดคือ 100 คะแนน จนถึงผู้ที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ต่ำที่สุดคือ 20 คะแนน แสดงว่าผู้ที่มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

#### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เป็นการวัดการสอดคล้องภายใน (internal consistency) หรือเรียกว่า การหาค่า Cronbach's alpha (ครอนแบคอัลฟา) เป็นการหาค่า "สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น" (coefficient of reliability) ซึ่งมีสูตรทางคณิตศาสตร์ ซึ่งค่ายิ่งสูงยิ่งดี โดยปกติในการวิจัย เกณฑ์ยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.894

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

##### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องของเนื้อหา การใช้ภาษาและความเหมาะสมของมาตรวัด จากนั้นนำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน
- 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน
- 4) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน

โดยคำนวณค่าความตรงในเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Hungler, 2013) คือ

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 2013)

$$\text{จากสูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

### แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้วผู้วิจัยได้นำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขและเพิ่มเติมข้อคำถาม เพื่อให้มีความครอบคลุมกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา ดังนี้

ข้อ 7 รายได้ ปรับเป็นคำถามปลายเปิด ให้กลุ่มตัวอย่างระบุจำนวนรายได้ด้วยตนเอง

ข้อ 8 ควรเพิ่มข้อที่ระบุความเพียงพอของรายได้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นคนเลือกเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกายได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 6 ปรับการอธิบายเพิ่มเติมคำว่า กลุ่มสังคมออนไลน์ โดยเพิ่มคำว่า เฟซบุ๊ก ไลน์ การใช้อินเทอร์เน็ตข้อ 7 จากเดิมคือไปรับประทานอาหารที่ร้าน ปรับเป็นไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหารกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว

ข้อ 14 จากเดิมคือคุยโทรศัพท์กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ปรับเป็น คุยโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารติดต่อสื่อสารกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว

ข้อ 15 จากเดิมคือ เล่นกีฬา ปรับเป็น เล่นกีฬาที่ต้องใช้ผู้เล่น 2 คนขึ้นไป หรือเป็นทีม

ข้อ 20 ปรับเป็นมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมงานอดิเรกร่วมกับบุคคลอื่น เช่นกลุ่มแม่บ้านจักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์

ข้อ 3 (ส่วนที่ 2) เดิมเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มชาติพันธุ์ ให้ตัดคำถามข้อนี้ เนื่องจากใช้คำยากไป ไม่เป็นไปตามบริบทของสังคมไทย

### แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำแบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกายได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

#### ทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

ข้อ 4 จากเดิมผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปรับเป็น ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นกรออกกกำลังกายอย่างหนึ่ง คืออธิบายเพิ่มเติมถึงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

#### ทักษะการตัดสินใจ เพิ่มคำถามในทักษะนี้

ข้อ 6 ท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้หรือไม่ อย่างไร

ข้อ 7 ท่านคิดว่าเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น ท่านสามารถขอความช่วยเหลือได้จากแหล่งใด ได้บ้างอย่างไร

### แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกายได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษา

เพื่อปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 3 คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวท่าน ดูแลส่งเสริม อำนวยความสะดวก รับ- ส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์ หรือบริการทางสาธารณสุข

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้อง และยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ใน 5 คน จากนั้นนำมารวมความถูกต้องของการวัด และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .8 ขึ้นไปจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดีจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม (Polit and Beck, 2004) โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ ค่า CVI เท่ากับ 1.0

#### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เป็นการวัดการสอดคล้องภายใน (internal consistency) หรือเรียกว่า การหาค่า Cronbach's alpha (ครอนแบคอัลฟา) เป็นการหาค่า "สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น" (coefficient of reliability) ซึ่งมีสูตรทางคณิตศาสตร์ ซึ่งค่ายิ่งสูงยิ่งดี โดยปกติในการวิจัย เกณฑ์ยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือแต่ละชุดดังนี้

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์ของความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (n = 30)

แบบสอบถาม	ความเที่ยง
1. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม	0.874
2. แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.870
2.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)	0.875
2.2 ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)	0.970
2.3 ทักษะการสื่อสาร (communicative skill)	0.740
2.4 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	0.844
2.5 การจัดการตนเอง (self-management)	0.936
2.6 การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)	0.703
3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	0.894

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอนดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว และผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 101.1/62 ได้รับการอนุมัติวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมในการวิจัย

### 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองการดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการฝึกผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และได้ทดลองนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามถูกต้อง และตรงกับผู้วิจัย

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดกับคนในชุมชนและทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับจำนวนหรือสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเป็นผู้แนะนำและช่วยเหลือในการเข้าถึงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และขอทราบรายชื่อของผู้สูงอายุในชุมชนจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและแจ้งรายชื่อผู้สูงอายุที่ถูกจับฉลากได้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยหลังจากการเข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว แนะนำตัว สอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล และหากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะทำการนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าเก็บข้อมูล

2.4 อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ระบุไว้ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือที่ที่ทำกิจกรรมของชุมชน ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อยืนยันการนัดหมาย โดยใช้เวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จะเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชุมชนหรือบ้านของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทีละคน จากนั้นแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

ประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจะทำการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ละคน ประเมินความสามารถและความต้องการความช่วยเหลือระหว่างการตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถามและอยู่ใกล้กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม และอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบในกรณีที่ไม่สามารถอ่านเองได้

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

**3. สถานที่และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล** การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้จะใช้สถานที่ที่เป็นบ้านของกลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เช่น ห้องประชุมในชุมชนเป็นต้น โดยใช้เวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

#### **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของกลุ่มสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 101.1/62 ได้รับการอนุมัติวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 โดยได้จัดทำหนังสือขอรับรองการดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นเข้าพบกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการบังคับใดๆ โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้สูงอายุจะเป็นความลับ และเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น

ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการระบุชื่อของผู้สูงอายุในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ในระหว่างสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือไม่ต้องการให้ข้อมูลต่อ ระหว่างหรือหลังจากที่ทำการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป



## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลคำถามแต่ละฉบับ กำหนดรหัสข้อมูลแบบสอบถาม เพื่อนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ทาค่าร้อยละ

4. วิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยการการแบ่งอันดับการศึกษ

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าระหว่าง 0.3 – 0.7 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) น้อยกว่า 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน ถ้าเป็น - แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงข้ามกัน

### ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา (n=420)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	162	38.6
หญิง	258	61.4
<b>อายุ (Range 60-93 ปี)</b>		
60 – 64	108	25.7
65 – 70	140	33.3
71 – 74	51	12.1
75– 80	54	12.9
80 ปีขึ้นไป	67	16
<b>รายได้</b>		
0 – 10000	220	52.4
10001 – 20000	139	33.1
20001 – 30000	47	11.2
30001 – 40000	14	3.3
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอ	225	53.6
ไม่เพียงพอ	195	46.4
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.5
ประถมศึกษา	205	48.8
มัธยมศึกษา	46	11.0
ปวช.	29	6.9
ปวส.	32	7.6
อนุปริญญา	34	8.1
ปริญญาตรี	65	15.5
ปริญญาโท	7	1.7

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 61.4 โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างอายุ 60-93 ปี โดยช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 65 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.6 โดยค่าเฉลี่ยของรายได้ อยู่ที่ 12,926.43บาทต่อเดือน ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฐมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.8



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Descriptive exploratory research) เพื่อการศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2562 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบ แบ่งออกเป็นตาราง ตามลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1** การวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

**ตอนที่ 2** การวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

**ตอนที่ 3** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

### ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพแบบแบ่งตามคะแนนกลุ่ม

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	420	100
ระดับปฏิสัมพันธ์	0	0
ระดับมีวิจารณญาณ	0	0

จากตารางที่ 4 แสดงการแบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน จำนวน 420 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 5 ร้อยละของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม จำแนกตามคุณลักษณะขั้นพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพ

คุณลักษณะขั้นพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพ	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)	71.39
ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)	59.9
ทักษะการสื่อสาร (communicative skill)	59.7
ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	89.76
การจัดการตนเอง (self-management)	58.16
การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)	60.05

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจ (decision skill) มากที่สุดคือ ร้อยละ 89.76

**ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ร้อยละ 0 – 25	1	0.2
ร้อยละ 26 – 50	9	2.1
ร้อยละ 51 – 75	142	33.8
ร้อยละ 76 – 100	268	63.8

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดอยู่ในช่วง ร้อยละ 76 - 100 จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 79.08 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อยู่ที่ร้อยละ 71.83

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

การมีส่วนร่วมทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ร้อยละ 0 – 25	13	3.1
ร้อยละ 26 – 50	136	32.4
ร้อยละ 51 – 75	251	59.8
ร้อยละ 76 – 100	20	4.8

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมทางสังคมมากที่สุดอยู่ในช่วง ร้อยละ 51 - 75 จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคม อยู่ที่ร้อยละ 54.36

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	- 0.223	0.00	ต่ำ
รายได้	0.215	0.00	ต่ำ

p-value <.05

จากตารางที่ 8 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.223$ )

รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.215$ )

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) ( $n = 420$ )

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.004	ต่ำ

Contingency coefficient = 0.347 likelihood Ratio 63.724 Asymp.Sig = 0.004 p-value <.05

จากตารางที่ 9 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่า Contingency coefficient = 0.347 likelihood Ratio 63.724 Asymp.Sig = 0.004 คือ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างระดับการศึกษา กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) (n = 420)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.815	ไม่มีความสัมพันธ์

Contingency coefficient = 0.642 Asymp.Sig = 0.815 p-value < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคม	0.480	0.00	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมทางสังคม	0.432	0.00	ปานกลาง

p-value < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (r = 0.480)

การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (r = 0.432)



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Descriptive exploratory research) เพื่อการศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

#### โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

#### มีสมมติฐาน ดังนี้

เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางสุขภาพ

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร

มีวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความผิดพลาดไม่เกิน .05= 399.99 ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 420 ราย จากนั้นใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage samplin) โดยเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการแบ่งกรุงเทพออกเป็น 3 ชั้นคือ ชั้นใน ชั้นกลาง ชั้นนอก ทั้งนี้ ผลการสุ่มตัวแทนเขตของกรุงเทพมหานครแต่ละชั้นได้แก่ เขตราชเทวี เขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน โดยระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างเขตละ 140 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน 42 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 20 ข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มภายหลังจากการได้รับการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 101.1/62 ได้รับการอนุมัติวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2562 จนถึง วันที่ 20 ตุลาคม 2562 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 420 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

- นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล คำถามแต่ละฉบับ กำหนดรหัสข้อมูลแบบสอบถาม เพื่อนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
- กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05
- วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
- วิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยการการแบ่งอันตรายภาคชั้น
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

## สรุปผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 มีอายุระหว่าง 60 – 93 ปี โดยเฉลี่ย 70 ปี โดยช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 65-70 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับ 0 – 10000 บาท รายได้เฉลี่ย คือ 12,926.43 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8

2. การวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ เมื่อเทียบในกลุ่ม จำนวน 420 คน คิดเป็นร้อยละ 100

โดยการวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งตามองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) มีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 71.39

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) มีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 59.9

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (communicative skill) มีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 59.7

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) มีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 89.76

องค์ประกอบที่ 5 การจัดการตนเอง (self-management) มีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 58.16

องค์ประกอบที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) มีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 60.05

3. การวิเคราะห์ตามสมมติฐานโดยการหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

**3.1 เพศ** ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่า ความสัมพันธ์= 0.004

**3.2 อายุ** ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = - .223$ )

**3.3 รายได้** ผลการศึกษาพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.215$ )

**3.4 ระดับการศึกษา** ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**3.5 การสนับสนุนทางสังคม** ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับระดับปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.480$ )

**3.6 การมีส่วนร่วมทางสังคม** ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสัมพันธ์ระดับระดับปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.432$ )

### การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพ อยู่ในขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

#### 1. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 420 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากไม่มีกลุ่มตัวอย่างได้ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเลย จึงทำให้จะต้องตัดเกณฑ์เป็นการมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในขั้นพื้นฐานทั้งหมด แต่เมื่อวิเคราะห์การตอบแบบสอบถาม หรือคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในข้อคำถามขั้นที่สูงขึ้นไปคือขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามเหล่านี้ถูกต้องและคะแนนอยู่ในเกณฑ์ ดังนั้นจึงได้มีการคิดคำนวณระดับความฉลาดทางสุขภาพภายในกลุ่มดังที่กล่าวมาข้างต้น

โดยจากแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) (Nutbeam, 2008) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่จะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูงขั้นนั้น จำเป็นจะต้องมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานคือทักษะหรือสมรรถนะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีการอธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการ ประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและบอกกล่าวจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

โดยความฉลาดทางสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบขั้นพื้นฐาน คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร

(communicative skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การจัดการตนเอง (self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) กล่าวคือ ความฉลาดทางสุขภาพที่ดี จะต้องรวมทุกองค์ประกอบข้างต้นนี้ประกอบกัน เพื่อให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพขึ้นในแต่ละบุคคล การที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องอาศัยการสร้างสมดุลในทุกๆ มิติ การทำให้บุคคลตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันของกาย อารมณ์และจิตใจ อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม เพื่อเป็นพื้นฐานทักษะในการดำรงชีวิต ดังนั้น ความฉลาดทางสุขภาพ จึงถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถเชื่อมโยงทั้ง 4 มิติ ของสุขภาพได้ โดยการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นภาวะที่มนุษย์ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและทางด้านสังคม โดยทั้งหมดทุกมิติจะต้องเชื่อมโยงกันอย่างสมดุล (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและ นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร ,2554) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกัน โดยทั้งนี้เมื่อทำการพิจารณาองค์ประกอบขั้นพื้นฐานทั้ง 6 องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

### 1.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้คะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 71.39 กล่าวคือ กรุงเทพมหานคร เป็นมหานครแห่งเทคโนโลยีและการเข้าถึงสื่อและการบริการต่างๆ ได้ง่ายกว่าพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย เนื่องจากเป็นศูนย์กลางความเจริญก้าวหน้าของวิวัฒนาการหลายหลาย ดังนั้นจึงประชากรที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์และข้อมูลต่างๆ รวมถึงการให้บริการที่สะดวกสบายทันสมัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการทางสุขภาพ วรรณศิริ นิลเนตร (2557) โดยนัยของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) คือ ใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การ อ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลัก เหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูล และสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างง่าย จึงมีแนวโน้มที่จะส่งผลถึงการส่งเสริมองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของการมีความฉลาดทางสุขภาพคือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี Nutbeam (2008) แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น จะต้องประกอบกับความสามารถส่วนบุคคลในการใช้แหล่งข้อมูลหรือแหล่งบริการต่างๆ เหล่านั้น ให้เกิดประโยชน์กับตนเองมากที่สุด

### 1.2 ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้คะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 59.9 กล่าวคือ ความรู้ความเข้าใจถือเป็นทักษะส่วนบุคคลที่สามารถทำความเข้าใจ สามารถคิดวิเคราะห์ แยกแยะสิ่งที่ควรและไม่ควรให้แก่ตนเองในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในเขต

กรุงเทพมหานคร ถือเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือบริการต่างๆมากมาย (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560) ฉะนั้น จึงต้องอาศัยทักษะความรู้และความเข้าใจนี้ เพื่อช่วยคัดกรองข้อมูลต่างๆที่เข้ามาเพื่อนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยความรู้ความเข้าใจ ในด้านของความฉลาดทางสุขภาพนั้น คือ การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบท ของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อ แก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.),2558)

โดยเริ่มตั้งแต่ความรู้ความเข้าใจในความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานคือ มีการรับรู้ประเด็น และเนื้อหาที่สำคัญ นำสู่การปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีทักษะความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น จะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคตความรู้เรื่องสุขภาพ ถือเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของคุณเอง เนื่องจากการจุดเริ่มต้นที่จะทำให้บุคคลเกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Yongbing et al., (2015) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุชาว Xinjiang ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุดคือ ความรู้เรื่องสุขภาพ

### 1.3 ทักษะการสื่อสาร (communicative skill)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้คะแนนความฉลาดทางสุขภาพในทักษะการสื่อสารรวมอยู่ที่ ร้อยละ 59.7 ในการที่มนุษย์อาศัยอยู่ในสังคม จำเป็นจะต้องมีการสื่อสารเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่างๆ หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ หรือการสื่อสารกับบุคคลอื่นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งทักษะการสื่อสารเป็นหนึ่งในทักษะที่มีความสำคัญในการมีความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือ การสื่อสาร คือ การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ต่อรองและรณรงค์ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อ กระตุ้น ชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว (มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, 2558) โดยระดับของเขตความสามารถของทักษะการสื่อสารคือ สามารถ พูด อ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้ กล่าวคือ เมื่อบุคคลใด มีทักษะการสื่อสารที่ดี และเมื่อรวมกับทักษะอื่นจะทำให้บุคคลมีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จนนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา

### 1.4 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครได้คะแนนความฉลาดทางสุขภาพในทักษะการตัดสินใจโดยมีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 89.76 ซึ่งถือเป็นทักษะที่มีคะแนนสูงที่สุดใน 6 ทักษะ โดยการวัดระดับของความฉลาดของสุขภาพ ในทักษะการตัดสินใจ คือ การที่บุคคลมีทักษะใน

การตัดสินใจที่ดี ถือเป็นหนึ่งในการที่นำไปสู่การมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากขึ้น เนื่องจาก ทักษะการตัดสินใจตามหลักของฉลาดทางสุขภาพ คือ กระบวนการคิด วิเคราะห์ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจาก ทางเลือกที่มีอยู่ มีความสามารถในการกำหนดทางเลือก หรือจะปฏิเสธหรือจะหลีกเลี่ยง วิธีในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ ผลดี หรือผลเสีย ในการที่จะเลือกหรือจะปฏิเสธที่จะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนในความฉลาดขั้นวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถในการแสดงทางเลือกที่จะทำให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดทั้งต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงถึงข้อมูลที่จะสามารถนำมาลบล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าทักษะการตัดสินใจ ถือเป็นกุญแจสำคัญที่เมื่อบุคคลได้รับข้อมูล ความรู้ ข่าวสารต่างๆ แล้ว ทักษะการตัดสินใจจะเป็นตัวกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป รวมถึง การสามารถวิเคราะห์สิ่งที่เหมาะสมกับตนเองได้ดี

### 1.5 ทักษะการจัดการตนเอง (self-management)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้คะแนนความฉลาดทางสุขภาพในทักษะการจัดการตนเอง โดยมีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 58.16 โดยทักษะการจัดการตนเอง เป็นทักษะที่นำกระบวนการที่สะสมมา ไม่ว่าจะเป็น ความรู้ การสื่อสาร การได้รับข้อมูลต่างๆมา การตัดสินใจ ในกระบวนการหลังจากได้นำทักษะต่างๆดังกล่าวมาใช้ คือ บุคคลควรมีการจัดการตัวเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยทักษะการจัดการตนเองในมุมมองของความฉลาดทางสุขภาพ คือ วิธีการ ทักษะและกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งมั่น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองและอื่นๆ ที่นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ โดยมีมุ่งหวังผลตั้งแต่ขั้นพื้นฐานคือ การมีกำหนดเป้าหมายและมีการวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และ มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถกระทำตามแผนที่ได้กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ในระดับการมีปฏิสัมพันธ์ ตลอดจนทักษะการจัดการตนเองในระดับวิจารณ์ญาณ คือ มีความสามารถที่จะทบทวนวิธีในการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าหากบุคคลมี ทักษะการจัดการตนเองที่ดี และเหมาะสม จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำสู่การมีสุขภาพที่ดี

### 1.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้คะแนนความฉลาดทางสุขภาพในทักษะการรู้เท่าทันสื่อในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนรวมอยู่ที่ ร้อยละ 60.05 โดยตั้งที่กล่าวมาในทักษะด้านการสื่อสารเบื้องต้น คือ การใช้สื่อในยุคปัจจุบันนั้น เป็นไปอย่างแพร่หลาย สื่อต่างๆสามารถเข้าถึงได้ ในโลกยุคปัจจุบันนี้ การใช้สื่อและเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้คนมีความตื่นตัวกับการใช้สื่อมากขึ้น และสื่อได้เข้าถึงทุกเพศทุกวัยได้ รวมถึงวัย

สูงอายุ โดยสามารถใช้สื่อในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆได้ รวมถึงข้อมูลทางสุขภาพ โดยเมื่อบุคคลใด มีข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ สามารถใช้สื่อที่มีค้นหาได้อย่างรวดเร็ว ชญาณี ไมเออร์. (2552) โดยนัยของทักษะการรู้เท่าทันสื่อของความฉลาดทางสุขภาพ คือ ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการใช้ ทักษะในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระ หรือสิ่งที่สื่อนำเสนอ และสามารถ ตีความเนื้อหาในสาระที่แฝงอยู่ในสื่อและสามารถประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้ ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าทักษะการรู้เท่าทันสื่อเป็นทักษะที่สำคัญมากในปัจจุบัน เนื่องจากบุคคลสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆได้ง่าย เพราะฉะนั้น จึงจำเป็นจะต้องเลือกบริโภคสื่อที่เหมาะสม ถูกต้องและเป็นประโยชน์กับตนเอง เพื่อให้ส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี

## 2. ความสัมพันธ์ ของ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร กับการมีความฉลาดทางสุขภาพ

2.1 ความสัมพันธ์ของเพศ กับการมีความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระดับของความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่า Contingency coefficient = 0.004 คือ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ โดยเพศชายมีระดับคะแนน 52-62 คะแนน (ระดับที่สูงที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง) เท่ากับ 47 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 29 ในขณะที่เพศหญิง มีระดับคะแนน 52-62 คะแนน เท่ากับ 66 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 25.58 โดยเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า เพศหญิงเป็นเพศที่สนใจในการค้นคว้าข้อมูลสุขภาพ ทั้งยังมีการเข้าร่วมกลุ่มสังคม หรือการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือแหล่งความรู้ต่างๆได้ดี อีกทั้งยังมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้อย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al.(2000) พบว่า เพศหญิงมักจะมียกระดับความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าเพศชาย โดยอาจกล่าวได้ว่าเพศหญิงเป็นเพศที่มีความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ต่างๆ โดยจากการศึกษาพบว่าผู้หญิงสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง เช่น การทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลบุตร ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวได้ดี พร้อมทั้งสามารถทำงานนอกบ้านเพื่อเป็นการหารายได้ จากเหตุผลนี้เองที่ทำให้เพศหญิงสามารถเลือกบริโภคข้อมูลหรือสิ่งที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยจากการศึกษาของ ชูติมา สิ้นชัยวนิชกุล (2562) เพศหญิงมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพมากกว่า ในขณะที่เพศชายยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ทั้งนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับทักษะต่างๆภายในบุคคลที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2546) พบว่า เพศหญิงจะทักษะในการตัดสินใจในการเสริมสร้างทักษะทาง



สุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ถึงความแตกต่างของเพศหญิงและเพศชาย ที่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ โดยจากงานการศึกษาวิจัยต่างๆที่ผ่านมา สามารถบอกได้ว่าถึงแม้เพศชายจะมีความแข็งแรงทางด้านร่างกายมากกว่า แต่ยังพบว่ามึระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกว่า ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย เนื่องจากยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ในขณะที่เดียวกัน เพศหญิงที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มากกว่า จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกว่าเนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นเพศที่แข็งแรง จึงไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (แจ่มจันทร์ วรรณปะเกและธิดา ผาติเสนะ ,2561)

2.2 ความสัมพันธ์ของอายุ กับการมีความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.223$ ) โดยผลการวิจัยนี้ได้ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่มากขึ้น จะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่น้อยลง อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุจะแตกต่างจากวัยอื่นๆเนื่องจากเป็นวัยแห่งความเสื่อมโทรมของการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย โดยเมื่อเกิดกระบวนการเสื่อมถอยดังกล่าว จะส่งผลให้ระบบต่างๆทำงานได้ไม่เหมือนในวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะความทรงจำและความสามารถในการเรียนรู้จะเสื่อมถอยไปด้วย

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น มีความฉลาดทางสุขภาพที่น้อยลง เนื่องจากอายุทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างบุคคล มีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีความฉลาดทางสุขภาพที่ลดลง (Baker et al., 2000) จะเห็นได้ว่าการสูงวัยทำให้ทักษะต่างๆในตัวบุคคลลดลง ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อเกิดเหตุดังกล่าวขึ้นย่อมส่งผลกับสภาวะทางสุขภาพตามมา แต่จากการศึกษาพบว่ายังมีผู้สูงอายุบางท่านที่มีอายุมาก มีความเสื่อมด้านกายภาพตามวัย แต่ยังคงมีทักษะทางความคิดต่างๆได้ดี มีทักษะการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทั้งนี้เป็นการสรุปได้ว่าการที่บุคคลจะมีความฉลาดทางสุขภาพหรือแม้แต่ความรู้ต่างๆด้านสุขภาพที่ลดลงตามวัยนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้านประกอบกัน

อายุบ่งบอกถึงความแตกต่างกันของแต่ละช่วงวัยมีพัฒนาการตามช่วงวัยที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการดูแลที่แตกต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้นการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการในแต่ละวัย และในแต่ละบุคคลจะมีอัตราการพัฒนาการที่ไม่เท่ากัน (วารุณี ภูวสรกุล, 2554) สอดคล้องกับผลการศึกษา นี้จะเห็นได้ว่าอายุทำให้เกิดผลต่างๆตามมาตั้งแต่แรกเกิด ฉะนั้นอายุจำเป็นกับการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากอายุที่ต่างกันแม้เพียงเล็กน้อย ก็ต้องการการดูแลที่ต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจาก

พัฒนาการที่แตกต่างกันแต่ละช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุที่จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพหรือการดูแลเพื่อประโยชน์สูงสุด

2.3 ความสัมพันธ์ของรายได้ กับการมีความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.215$ ) ซึ่งยอมรับสมมติฐานงานวิจัยที่ว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือความฉลาดทางสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีรายได้มากขึ้น โดยจากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า รายได้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมการอำนวยความสะดวกในชีวิตหลายๆ ด้าน สามารถกล่าวได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีพ โดยเมื่อบุคคลมีรายได้ที่ดี จะส่งผลให้สารลดจ่ายใช้สอย หรือหาทางเลือกที่ดีต่อตนเองในทุกๆด้าน ทั้งนี้ จะต้องประกอบกับทักษะด้านอื่นด้วย เช่น ทักษะความรู้ การตัดสินใจที่ดี การเลือกบริโภคในสิ่งที่เหมาะสม เนื่องจากว่า หากมีรายได้ที่ดี แต่หากบกพร่องในทักษะอื่นๆที่กล่าวมา อาจทำให้บุคคลมีการใช้ทรัพยากรที่มีในทางที่ไม่เหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับเงินจากหลายช่องทาง เช่น เงินบำนาญข้าราชการ เงินสนับสนุนจากรัฐบาล เงินจากกองทุนต่างๆ รวมถึงเงินจากบุตรหลาน เป็นต้น และยังมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย ที่ยังทำงานอยู่เช่นอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว ทำให้ยังมีรายได้ที่ค่อนข้างสูง ซึ่งเมื่อสอบถามพบว่า การที่มีรายได้ที่ดีนั้น ทำให้มีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆได้ดี โดยทุกคนกล่าวว่า รายได้เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างมาก โดยจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.6 แต่ก็ยังมีผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 46.4

สอดคล้องกับการศึกษาการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่สูง (กัตติกา ธนะขว้าง, 2551) จากการศึกษาเป็นตัวบ่งชี้ได้ถึงความสัมพันธ์ของรายได้กับการมีสุขภาพดี ในด้านของความฉลาดทางสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย (Baker et al., 2007) การที่บุคคลที่รายได้ที่เพียงพอ จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีและมีการศึกษาว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปีทมาพร ธรรมผลและคณะ ,2559) จะเห็นได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิต และเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงและเลือกใช้บริการต่างๆได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ดังนั้นจึงเป็นเหตุที่ทำให้บุคคลจึงมีการแสวงหารายได้ให้เพียงพอต่อรายจ่ายของแต่ละบุคคลหรือครัวเรือน การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย Baker et al., (1998) พบว่าระดับของเศรษฐกิจที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการมี

ความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และระดับของการมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีผลทำให้มีความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

2.4 ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา กับการมีความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานงานวิจัยที่ว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ

โดยจากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15.5

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา มีคะแนนระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพนั้น ประกอบด้วยทักษะหลายๆส่วนประกอบกัน โดยแต่ละทักษะไม่เพียงแต่อาศัยความรู้เพียงอย่างเดียว โดยจะอาศัยทักษะประสบการณ์ในด้านอื่นๆด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการสั่งสมประสบการณ์มาอย่างยาวนาน มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลง การเป็นไปของสังคม อีกทั้งการได้รับการดูแล จนถึง การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆที่มีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะที่เป็นองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ จึงทำให้แม้ว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีการศึกษาอยู่ในระดับใด ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มหรือลดความฉลาดทางสุขภาพ

การเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้รับรู้สิ่งที่จะเกิดกับตนเองในอนาคต จะมีการเตรียมรับมืออย่างดี และนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีคุณภาพได้อีกด้วย ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพเป็นหนึ่งในทักษะที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้ โดยจากผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา สิ้นชัยวิชกุล (2559) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับการสูงวัยที่มีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระดับที่สูง ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า

2.5 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการมีความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับระดับ ปานกลาง ปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.480$ ) ซึ่งยอมรับกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล

ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ให้จากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) โดยเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในทุกๆด้านของการสนับสนุนทางสังคม คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม

การสนับสนุนทางสังคมคือเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีความพร้อม มีพื้นฐานที่ดี ในการเข้าถึงแหล่งความรู้ต่างๆ โดยสำหรับวัยสูงอายุจะสอดคล้องกับทฤษฎีการสูงอายุหลายทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายการสนับสนุนทางสังคมได้ คือ ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) คือการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพ และบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นเมื่อและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

การสนับสนุนทางสังคมกับด้านสุขภาพ พบว่า การที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมนอกข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุมีความบกพร่องด้านร่างกาย ตลอดจนมีความหวังใฝ่ใจดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่น และมีความมั่นใจที่จะสามารถดูแลตนเองหรือดำรงตนอยู่กับสุขภาพที่ดีได้ อีกทั้งเมื่อได้รับการสนับสนุนจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพร่วมด้วย จะยิ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี (วิลาวัลย์ รัตนา, 2552) สอดคล้องกับผลวิจัย เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพ ถือเป็นทักษะส่วนบุคคลที่รวบรวมเอาหลายๆทักษะประกอบกันไป มีความสมดุลทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมเพื่อส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี

โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al., (2004) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้บุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพและสถานะทางสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้จากผลการศึกษาสามารถวิเคราะห์ได้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ในการทำกิจกรรมหรือการเข้าถึงบริการหรือข้อมูลสุขภาพต่างๆนั้น เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพได้

2.6 ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมทางสังคม กับการมีความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = 0.432$ ) ซึ่งยอมรับกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ คือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทางสังคมที่สูง จะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ดีด้วย

จากการสำรวจการมีส่วนร่วมในสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2557 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุวัยต้น เนื่องจากยังเป็นวัยที่ยังคงทำกิจกรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ เนื่องจากมีอายุอยู่ระหว่าง 60-93 ปี โดยช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 65 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และรองลงมาคือช่วงอายุที่ 60 - 64 คิดเป็นร้อยละ 25.7 ซึ่งถือเป็นผู้สูงอายุตอนต้น และยังสามารถมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องได้ดี และยังคงให้ความสำคัญกับกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องในบทบาททางสังคม (สุภจักษ์ แสงประจักษ์กุล, 2557)

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุนั้น สามารถมีได้อย่างหลากหลาย โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมทางสังคมระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับประเทศ ทั้งนี้มุ่งหวังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการดำรงชีวิตได้อย่างต่อเนื่องจากวัยผู้ใหญ่ โดยรูปแบบและแนวทางในการมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นจะแตกต่างกันออกไปตามบริบทของสังคม ซึ่งในปัจจุบันจะเห็นได้ถึงการศึกษาที่สังคม เริ่มมีการคิดค้นแนวทางเพื่อที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากได้เล็งเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมทางสังคมว่าจะสามารถเพิ่มความสามารถในด้านอื่นๆที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเองตามมา เช่นการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ การเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่างๆ ที่หลากหลายในสังคม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

การมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นทักษะหนึ่งที่ทำให้ผลักดันให้เกิดการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีความสำเร็จ โดยจากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา การมีส่วนร่วมทางสังคมมีผลต่อการมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากขึ้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) และยังมีการศึกษาของ จรรย์ญา วงษ์พรหมและคณะ (2558) พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถสนองตอบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติคือ กาย จิต สังคมและปัญญา จากการศึกษาพบว่าไม่เพียงการมีส่วนร่วมทางสังคมเฉพาะทางกายเท่านั้น ยังมีการมีส่วนร่วมทางสังคมทางสื่อสังคมออนไลน์ การทำกิจกรรมในทุกๆด้าน เช่นกิจกรรมการสังสรรค์ การกีฬา กิจกรรมจิตอาสา การติดต่อสื่อสารโดยผ่านเครื่องมือสื่อสารเป็นสื่อกลาง ทั้งนี้ทุกๆกิจกรรมล้วนแต่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องส่งผลสูงสุดด้านการมีสุขภาพที่ดี

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพของประชาชนวันสูงอายุในเขตเมือง จากสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ประชากรวัยสูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล
2. เป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติหรือโครงการสร้างสุขภาพต่างๆในสังคมเมือง เพื่อมุ่งเน้นประโยชน์ในการสร้างความฉลาดทางสุขภาพเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี
3. เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพให้ทราบกันอย่างทั่วถึง และสร้างความตระถึงการเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อนำประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย
4. เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก กล่าวคือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่มีรายละเอียดตามองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพ
5. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงแนวคิด ทฤษฎีความฉลาดทางสุขภาพ ให้แพร่หลาย เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี
6. เป็นแนวทางให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการสนับสนุนให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก จนถึงส่งเสริม การสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งจากผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นแล้วว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีผลต่อการสร้างความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
7. เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ ไปเป็นหนึ่งในการประเมินผู้สูงอายุ เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพจะเป็นสิ่งที่สามารถบ่งบอกทักษะในการดูแลสุขภาพ รักษาสมดุลในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนเป็นการส่งเสริมในการพัฒนาปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ตามผลการวิจัยได้อภิปรายข้างต้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในประชากรกลุ่มอื่นๆ
3. ควรมีการนำผลวิจัยไปพัฒนาต่อยอด จนนำไปสู่การวิจัยในขั้นถัดไป เช่น การวิจัยเชิงทดลองในการสร้างชุดโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในขั้นต่อไป

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กรุงเทพมหานคร ; วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2557). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๐). โรงพิมพ์ธนเชษฐ์ จำกัด: กรุงเทพมหานคร และ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม. (2559). กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชนวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 มีนาคม - สิงหาคม 2559
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ บรรณาธิการ. (2559). รายงานประจำปี 2559. In 1 (Ed.): สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร. (2560). เปิดศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ แห่งที่ 11 เน้นจัดการศึกษาและกิจกรรมเสริมทักษะผู้สูงอายุ from <http://www.prbangkok.com/index.php/2017-06-19-08-16-07/executives/1155-11-2> สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2560.
- กัตติกา ธนะขว้าง. (2551). กลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยจังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1), 26-36.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิงและณฤมล ศรีเพชรศรีอุไร , 2554. ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). In 1 (Ed.). โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จรัญญา วงษ์พรหมและคณะ. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Slipakorn University, 3(กันยายน – ธันวาคม 2558), 41-54.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2554). คู่มือข้อมูลแหล่งประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง1. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2558). รายงาน การศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในสังคม

### ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

- แจ่มจันทร์ วรรณปะเก,ธิดา ผาติเสนะ .(2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตราด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ.
- ชญาณี ไมเออร์. (2552). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 1(1), 92-109.
- ชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวิมล เอกะกุล. (2543). การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นงลักษณ์ แก้วทองและคณะ. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 30(1), 45-56.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญใจ สถิตยัทรากุล. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล The Medthodology in Nursing Research. ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ(Health literacy)และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรับรองการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน: สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงต่างประเทศ.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิด หลักการและวิธีการปฏิบัติ. บริษัทสร้างสื่อ จำกัด สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก.
- ประนอม โอทกานนท์, (2554). ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา พรธรรมผล, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มาร์อุ (2559). ความแตกฉานด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทาง คลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(3), 176-182.
- ระบบสถิติทางการลงทะเบียนกรรมการปกครอง. (2559). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย



ปี2559: กรมการปกครอง.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : นามมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ลัดดา คำริการเลิศ บรรณาธิการ. (2553). แนวทางในการบริการผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในชมรมผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- วารุณี ภูวสรกุล. (2554). จิตวิทยาทั่วไป. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2557). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธนเชษฐ์ จำกัด
- วิรัช มั่นในบุญธรรม. (2559). การสร้างเสริมสุขภาพไทยในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารสาธารณสุขขอนแก่น, 28(330), 4-11.
- วิลาวัลย์ รัตนนา. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพมหานคร.
- วีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2560). การศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. สาขาพยาบาลศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แนวคิดพื้นฐานในการพยาบาลผู้สูงอายุใน การดูแลโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สันติ ยอมประโคน, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรภม, เจริญ ชูโชติถาวร. (2557). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง\*. Journal of Nursing Science, 32(3), 64-73.
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี เรียบเรียง. (2556) รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ Milestones in Health Promotion :Statements from Global Conferences. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 2013: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 2013.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546[ออนไลน์].

แหล่งที่มา: [web.krisdika.go.th/data/law/law2/ผ 02/ผ 02-20-9999-update.pdf](http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/ผ 02/ผ 02-20-9999-update.pdf)  
[10 มีนาคม 2561].

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). (2558). โครงการพัฒนาความ  
แตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ อุบลราชธานี. In  
1 (Ed.). สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). เมือง จ.นนทบุรี  
11000: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก.).

สุปราณี เสนาดิสัย, (2547). การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ: โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี.  
สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย Active Ageing of Thai Elderly. วารสาร  
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, มกราคม-ธันวาคม 2557(17).

แสงเดือน กิ่งแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น  
โรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 43-54.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2559). วัยไหนๆก็ไปโรงเรียน. เอกสารประกอบงานเสวนาวิชาการ เติริยมพร้อม  
รับมือสังคมสูงวัยเต็มรูปแบบหรือยัง. กรุงเทพฯ.

ศูนย์เตือนภัยสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร. (2558). รายงานเบื้องต้น ข้อมูลด้านสุขภาพคน  
กรุงเทพมหานคร. In 1 (Ed.). บริษัท ไอ ปรีนติ้ง คัลเลอร์ (ประเทศไทย) จำกัด: ฝ่ายวิชาการ  
และวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.

หทัยกานต์ ห่องกระจก. (2559). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ  
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ  
ดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. (มหาบัณฑิต)

อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพการวัดและพัฒนา. 1, editor. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิท  
การพิมพ์จำกัด; 2560.

อัญชลี จันทรินทรากกร (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน  
และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอ  
กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. (มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

### ภาษาอังกฤษ

Baum, Bush, Modra, et al., (2000). Epidemiology of participation: an Australian  
community study. Epidemiol Community Health, 54, 414-423.

Baker, David W., J. A. G., Sudano, Joseph., Patterson, Marian. (2000). The Association  
Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. Journal of  
gerontology: social sciences, 55(6), s368-s374.

- Baker, David W., Feinglass, Joseph., Thompson, Jason A., Julie A.,Huang, Gazmararian , Jenny .(2007). Health literacy and mortality among elderly persons. American Medical Association, 167(14).
- Baker, David W., R. M. P., Williams, Mark V., Clark, Scott,. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. JGIM, 13.
- Calvo, R. (2015). Health literacy and quality of care among latino immigrants in the United States. Health & Social Work, 41(1), e44-e51. Doi : 10.1093/hsw/hlv076
- Chandra, Osborn Y., M. K. P.-O., Bailey, Stacy Cooper., Wolf, Michael S.. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. American Journal Of Health Behavior Is The Property, 118-128.
- Clausen, Whitney., Baerentzen, Bill M., Denise H. Britigan. (2016). Health literacy among people with serious mental illness. Community ment health, 399-405. doi: 10.1007/s10597-015-9951-8
- Cutilli, C. C. (2550). Health literacy in geriatric patients an integrative review of the literature. Orthopaedic Nursing, 26, 43-48.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. Nursing Forum, 40(2).
- Lee Shouou-Yih D., Choc, Young Ik. (2004). Health literacy, social support, and health:a research agenda. Social Science & Medicine, 1309-1321.
- Levasseur et al. (2014). Inventory and analysis of social participation found in the aging literature: Proposed Taxonomy Of Social Activities. Soc Sci Med 71(12): 2141-2149
- Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future rerearch. Health Education Rerearch. Vol.23 no.5, 2008.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal:A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. Health Promotion International, 15, 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078.
- United Nations DESA. (2015). World Population Projected To Reach 9.7 Billion By 2015[online]. Available From: <http://www.un.org/en/development/desa/news/population/2015-report.html>[2018, 9 March].

- Vanessa Duren-Ninfield, E. O. O., DOUGLAS L. CASE, MICHAEL PIGNONE, , & JR., D. M. (2015). Health literacy and computer-assisted instruction: Usability and patient preference. Journal Of Health Communication, 491-498. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2014.976322>
- Voncella, McCleary-Jones., et al. (2013). Health information technology use and health literacy among community-dwelling african americans. The Association Of Black Nursing Faculty Journal (Winter 2013), 10-16.
- World Health Organization. (2009). Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the eastern mediterranean region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. พว.ดร.สุนีย์ สุวรรณพสุ และ	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชำนาญการระดับ 8 พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ด้านผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
3. อ.ดร.วรรณศิริ นิลเนตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)ภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์
4. อาจารย์ ดร.อารยา เชียงทอง	อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข และเวชศาสตร์เขตเมือง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
5. นางสมจิตร พะยอมยงค์	พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและ บริหารงานทั่วไปศูนย์บริการ สาธารณสุข 31 เอ็ม-จิตรทั้งสุขบุตร สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร







ที่ ศธ 0512.11/ ๒74



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

29 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพวรรณ แกมคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวนพวรรณ แกมคำ โทร. 08-7365-4551

ที่ ศธ 0512.11/ 1875



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

29 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพวรรณ แกมคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.วรรณศิริ นิลเนตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร.วรรณศิริ นิลเนตร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวนพวรรณ แกมคำ โทร. 08-7365-4551



ที่ ศธ 0512.11/๒๙๖๓

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศัศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถือการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพวรรณ แกมคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.อารยา เชียงของ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตเมือง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร.อารยา เชียงของ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวนพวรรณ แกมคำ โทร. 08-7365-4551

ที่ ศธ 0512.11/ 187๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพวรรณ แกมคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พว.ดร.สุนีย์ สุวรรณพล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชำนาญการระดับ 8 และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง ด้านผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

พว.ดร.สุนีย์ สุวรรณพล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวนพวรรณ แกมคำ โทร. 08-7365-4551





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๐-๒๒๕๖-๔๕๖๓ โทรสาร. ๐-๒๒๕๒-๔๙๖๓  
 ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๓/๐๑๕๔๐ วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๑  
 เรื่อง การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๓/๐๑๕๓๓ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์  
 ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความฉลาดทาง  
 สุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ของนางวรรณศิริ นิลเนตร เพื่อประกอบการพัฒนา  
 วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” ของนางสาวนพวรรณ แกมคำ  
 นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์  
 เรื่องดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีชัย)  
 รองคณบดีฝ่ายบริหาร  
 ปฏิบัติการแทนคณบดี

ที่ ศธ 6918 / ๒๕๕๔



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

10 ตุลาคม 2561

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน คณะศึกษาศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11/1534 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2561

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอ  
อนุญาตให้เครื่องมือการวิจัยให้กับ นางสาวพรรณ แกมคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต ที่เป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ในส่วนของคณะศึกษาศาสตร์ คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาโท  
เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี  
ของนางสาววิลาวัลย์ รัตนา ซึ่งมี อาจารย์ ดร.ฉัฐวิณี สิทธิศิริอรุณ เป็นประธานคุมปริญญาโทนั้น บัณฑิตวิทยาลัย  
พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องยินดีให้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือทำวิจัยดังกล่าวได้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5000 ต่อ 15644

โทรสาร 0 2260 0132







## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1  
 ที่ จว 386/2562 (อ) วันที่ 19 กรกฎาคม 2562  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณี กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 101.1/62 เรื่อง การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (A STUDY OF HEALTH LITERACY OF OLDER PERSON, BANGKOK METROPOLIS) ของ นางสาวนพวรรณ แกมคำ นิสิตระดับมหาบัณฑิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นิธิ วัฒนวิเศษ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10530  
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 186/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 101.1/62 : การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนพวรรณ นามคำ  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใจพิสุทธิ์ ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for  
International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) 2016, มาตราฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
ในคน (มคจค.) 2556, นโยบายแห่งชาติและแนวทางการปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย  
เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม ชวรัตน์ ชาญวีรกูล ลงนาม พนิต วิกิตกุลสิทธิ์  
(รองศาสตราจารย์ นามแพทย์বিদ্যা พิเศษ(ประติงศู)  
ประธาน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิต วิกิตกุลกุล)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 19 กรกฎาคม 2562 วันหมดอายุ : 18 กรกฎาคม 2563

เอกสารที่คณะกรรมการพิจารณา

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำเนาใบสมัครขอรับอนุมัติโครงการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรวิจัยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย 101.1/62  
19 ก.ค. 2562
- 4) แบบสอบถาม 18 ก.ค. 2563

เงื่อนไข

1. ยึดคำพิพากษาเป็นกรณีของมติ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. สถาบันจริยธรรมการวิจัยในคนของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีมติรับรองอายุของข้อมูลวิจัยดังกล่าวว่า 1 เดือน หลังการครบ  
ครบถ้วนการศึกษาวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามเงื่อนไขโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นฐานการวิจัยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในชั้นของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันวิจัย  
(ถ้ามี) และขอรับทราบคณะกรรมการสถาบัน
5. ขาดประสิทธิภาพไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในกรณีที่ข้อมูลวิจัยของคณะกรรมการฯ ดังกล่าวหมดความน่าเชื่อถือใน 5 วันทำการ
6. ขาดประสิทธิภาพไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมการวิจัย ใช้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันพิจารณา
7. โครงการวิจัยฉบับนี้ มี 1 ฉบับของกรรมการจริยธรรมการวิจัย (AF 02-12) และฉบับของโครงการวิจัยฉบับนี้ 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น ส่วนฉบับ  
โครงการวิจัยที่เป็นรายงานวิจัยของโครงการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนพวรรณ แกมคำ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ห้องสังเกตอาการ โรงพยาบาลราชวิถี

(ที่บ้าน) หอพัก 18 ชั้น โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02 3548108 ต่อ 6139 6108

โทรศัพท์ที่บ้าน 087 3654551 โทรศัพท์มือถือ 087 3654551

E-mail : noppawan.fa@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาเชิงศึกษาเชิงสำรวจ เกี่ยวข้องกับการสำรวจระดับของความฉลาดทางสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะถูกถอดเป็นรหัสและผลการวิจัยตีพิมพ์ไม่มีการระบุชื่อของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3. ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการสุ่มได้ผู้สูงอายุในชุมชนในเขตราชเทวี เขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน จำนวนเขตละ 140 คน และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. กระบวนการการวิจัย ดังนี้ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการฝึกผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามถูกต้อง และตรงกับผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลวิจัยจากการตอบแบบสอบถาม 4 ส่วน ทั้งหมด 96 ข้อ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 42 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ

5. ผู้วิจัยจะทำการให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสอบถามจำนวน 96 ข้อ โดยการอยู่ใกล้เพื่อให้คำปรึกษา หรือหากผู้ให้ข้อมูลท่านใด มีความไม่สะดวกในการอ่านและตอบแบบสอบถามเอง หรือมีปัญหาสายตา ไม่สามารถอ่านทำแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ โดยวันและเวลาในการสัมภาษณ์นั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

6. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ มีความเสี่ยงในระดับเล็กน้อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเสียสละเวลาในการให้ข้อมูล ตอบแบบสอบถาม หากเกิดความรู้สึกไม่ต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม สามารถหยุดการให้ข้อมูลได้ทันที โดยการวิจัยจะมีการรักษาความลับของข้อมูลและไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวของผู้ให้ข้อมูล แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลจะถูกทำลายทันทีภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยออกมาในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่จะระบุความเป็นตัวตนของท่านจะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัย

7. ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการให้ข้อมูล ตอบแบบสอบถามนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากท่านจะทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพมีองค์ความรู้และข้อมูลระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง การเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้งยังใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลอื่นๆ ได้อีกด้วย

8. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล หรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่ได้มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน และไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือให้การพยาบาลใดๆ

9. ท่านมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของท่าน และสามารถยกเลิกการให้สิทธิ ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของท่านได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีของที่ระลึกหรือค่าตอบแทนใดๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้จะใช้สถานที่ที่เป็นบ้านของกลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เช่น ห้องประชุมในชุมชน เป็นต้น โดยใช้เวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนพวรรณ แกมคำ

ที่อยู่ติดต่อ หอพัก 18 ชั้น โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 087 3654551 E-mail:noppawan.fa@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยจะเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านหรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ทั้งนี้ได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 4 ชุดคำถาม รวมคำถามทั้งหมดจำนวน 96 ข้อ เป็นระยะเวลาประมาณ 20 นาที จำนวน 1 ครั้งเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกเก็บไว้เพื่อตรวจสอบข้อมูลเป็นเวลา 5 ปี และจะทำลายทิ้ง

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ไม่มีผลต่อการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวนพวรรณ แกมคำ)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

วันที่.....

สถานที่.....

เรื่อง การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งเป็น ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน 42 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 20 ข้อ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. อายุ..... ปี.....เดือน

2. เพศ

ชาย

หญิง

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย/หย่า

แยก

อื่นๆ ระบุ.....

4. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียนหนังสือ

ประถมศึกษา ระบุชั้น.....

มัธยมศึกษา ระบุชั้น.....

ปวช.

ปวส.

อนุปริญญา

ปริญญาตรี

ปริญญาโท

อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รับจ้าง

ทำนา/ทำไร่/ทำสวน

ค้าขาย

ธุรกิจส่วนตัว

รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ

อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้

โปรดระบุ.....บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

เพียงพอ

ไม่เพียงพอ

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

10. ปัจจุบันท่านอยู่ในบ้านกับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อยู่คนเดียว

คู่สมรส

บุตร

หลาน

ญาติ อื่นๆ ระบุ.....



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (v) ลงในช่องข้อมูลของท่าน (ข้อมูลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา)

ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณได้ ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	1ครั้งต่อ สัปดาห์	2-3 ครั้งต่อ เดือน	เดือน ละ ครั้ง	นานๆครั้ง (2-3 ครั้ง ต่อปี)	แทบ จะไม่ เคย	ไม่ เคย
1.ไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวหรือมี สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน						
2.ไปเยี่ยมเพื่อนหรือมีเพื่อนมาเยี่ยมเยียน						
3.ไปเยี่ยมเพื่อนบ้านหรือมีเพื่อนบ้านมา เยี่ยมเยียน						
4.เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา						
5.ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆของ ชุมชน						
6.ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคม ออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก						
7.รับประทานอาหารที่ร้านอาหารกับ เพื่อนหรือคนในครอบครัว						
8.ไปสังสรรค์ที่ร้านอาหาร ผับ บาร์						
9.ไปดูหนังที่โรงหนัง						
10.ไปชมการแข่งขันกีฬา						
11.ไปร่วมงานปาร์ตี้ สังสรรค์ เต็มร้าน						
12.ไปเดินเล่นกับเพื่อน หรือคนใน ครอบครัว						
13.เข้าชมกิจกรรมในหอแสดงภาพหรือ พิพิธภัณฑ์						
14.คุยโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารกับ เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว						

ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้าร่วมกิจกรรมกีฬาดังต่อไปนี้ และบ่อยเพียงใด	1 ครั้งต่อสัปดาห์	2-3 ครั้งต่อเดือน	เดือนละครั้ง	นานๆ ครั้ง (2-3 ครั้งต่อปี)	แทบจะไม่เคย	ไม่เคย
15. เล่นกีฬาที่ต้องใช้ผู้เล่น 2 คนขึ้นไป หรือเป็นทีม						
16. เข้าร่วมชมการแข่งขันกีฬาของคนในชุมชน						
17. ไปออกกำลังกายที่ยิมหรือเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกาย						
18. สามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น						
19. ร้องเพลง การแสดง เล่นดนตรี เป็นกลุ่ม						
20. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมงานอดิเรกร่วมกับบุคคลอื่น เช่นกลุ่มแม่บ้านจักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์						
21. เข้าร่วมในชั้นเรียน						

ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมดังต่อไปนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
1. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่เกี่ยวกับโรงเรียน		
2. เข้าร่วมกิจกรรมการให้บริการสังคม		
3. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา		

ส่วนที่ 3 แบบวัดวัดความฉลาดทางสุขภาพผู้สูงอายุแบ่งเป็น 6 ส่วน จำนวน 38 ข้อ

1. ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 14 ข้อ

คำชี้แจง ชี้ตเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ข้อที่	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง		
2	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง		
3	ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี		
4	ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็น การออกกำลังกายอย่างหนึ่ง		
5	ผู้สูงอายุควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได		
6	ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา		
7	ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง		
8	ผู้สูงอายุที่เครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย		
9	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม		
10	การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น		
11	ผู้สูงอายุควรมีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น ไม่เครียด		
12	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง		
13	ผู้สูงอายุไม่ควรสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งปอด		
14	ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรรงดอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี		

## 2. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ชิดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ ที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ค่อนข้าง มาก	มั่นใจ ค่อนข้าง น้อย	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย
1	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต					
2	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เช่นหนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์					
3	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง					
4	ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือหนังสือ จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ					
5	ท่านสามารถได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จากหน่วยงานบริการสุขภาพในชุมชนท่าน					

### 3. ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง ชิดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทุก ครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ เลย
1	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ แล้วเข้าใจดี			
2	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ แล้วเข้าใจดี			
3	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ			
4	ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ให้ดีขึ้น			
5	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง			
6	ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			

### 4. ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง ชิดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่าน และให้เหตุผล

1. ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร

กิน เพราะ.....

ไม่กิน เพราะ.....

2. ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร

กิน เพราะ.....

ไม่กิน เพราะ.....

3. ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร

ซื้ เพราะ.....

.....

ไม่ซื้ เพราะ.....

.....

4. ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไปนี้อย่างไร

เดินช้าๆ ในสวน เพราะ.....

.....

เต้นแอโรบิค เพราะ.....

.....

5. หากท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะตัดสินใจ

โดยพิจารณาจากข้อใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) ความรู้เรื่องการฝังเข็มของท่าน

(2) เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการฝังเข็ม

(3) เลือกวิธีฝังเข็มเพราะเกิดผลกระทบน้อยกว่าวิธีอื่น

(4) เกรงใจผู้แนะนำ

6. ท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้หรือไม่ อย่างไร

ได้ .....

.....

ไม่ได้ เนื่องจาก.....

.....

7. ท่านคิดว่าเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น ท่านสามารถขอความช่วยเหลือได้จากแหล่งใด ได้บ้างอย่างไร

.....

.....

.....



### 5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ชี้ตเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	ทักษะการจัดการตนเอง	ทุก ครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ เลย
1	ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)			
2	ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1 – 3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่าง น้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)			
3	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้			
4	ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้			
5	หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			

### 6. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ชี้ตเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ทุก ครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ เลย
1	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อโฆษณา			
2	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อโฆษณาเกี่ยวกับสุขภาพมา ตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา			
3	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อโฆษณาเกี่ยวกับสุขภาพ ในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ			
4	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง			
5	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง			

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่าน  
สำรวจ และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย  ลงใน ที่เป็นจริง  
เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริง  
ปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด

ข้อที่	คำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
1	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านส่งเสริมท่าน ในการดูแลสุขภาพ					
2	คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาด สะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว ฯลฯ					
3	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่าน ดูแลส่งเสริม อำนวยความสะดวก รับ- ส่งท่าน เมื่อต้องไปพบ แพทย์ หรือบริการทางสาธารณสุข					
4	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านจัดหาเสื้อผ้า ของใช้ อาหาร มาให้ท่านตามความเหมาะสมโดย คำนึงถึงสุขภาพของท่านเป็นหลัก					
5	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำ เรื่องการทำงานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ท่าน					
6	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำ เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ท่าน					
7	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านแนะนำให้ท่าน สังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกาย และสามารถ บอกแนวทางการแก้ไขให้แก่ท่านได้					
8	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำ เรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน					
9	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำ เรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน					

ข้อที่	คำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
10	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่าน นำคำแนะนำจากแพทย์ หรือพยาบาล มาบอกแก่ท่าน					
11	เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้และสังคมนรอบตัวท่านได้					
12	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือน เมื่อท่าน หงุดหงิด หรือ เครียดจนเกินไป เป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน					
13	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนท่านให้ไปพบแพทย์ หากท่านพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย					
14	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านมักให้ความสำคัญกับการ ไปตรวจสุขภาพประจำปีของท่านตามที่แพทย์นัดไว้					
15	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
16	ท่านมีคนที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่อง					
17	เมื่อท่านเจ็บป่วย หรือมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมักได้รับความรักความห่วงใย การดูแล จากคนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่าน					
18	ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด หากเกิดอันตรายขึ้นกับท่าน					
19	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง					
20	คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน					



**ตารางที่ 12** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.870	42

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .8702.1

จำแนกตามองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพ ดังนี้

**ตารางที่ 13** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.875	5

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .875

**ตารางที่ 14** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.970	14

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .970

**ตารางที่ 15** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการสื่อสาร (communicative skill)

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.740	6

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการสื่อสาร (communicative skill) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .740

**ตารางที่ 16** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการตัดสินใจ (decision skill)

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.844	7

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .844

**ตารางที่ 17** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการจัดการตนเอง (self-management)

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.936	5

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในทักษะการจัดการตนเอง (self-management) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .936

**ตารางที่ 18** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.703	5

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .703

**ตารางที่ 19** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.842	24

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคมได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .842

**ตารางที่ 20** ผลการวิเคราะห์ค่าแอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability statistic

Cronbach's Alpha	N of Items
.894	21

ค่า Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .894

ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ของ อายุ รายได้ คะแนนการมีส่วนร่วมทางสังคม คะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้ Pearson Correlation

## Correlations

		age	income	Sumsopa (การมีส่วนร่วม)	Sumsosup (การสนับสนุน)	sumHLall
age	Pearson Correlation	1	-.046	-.148**	-.173**	-.223**
	Sig. (2-tailed)		.351	.002	.000	.000
	N	420	420	420	420	420
income	Pearson Correlation	-.046	1	.162**	.089	.215**
	Sig. (2-tailed)	.351		.001	.069	.000
	N	420	420	420	420	420
sumsopa	Pearson Correlation	-.148**	.162**	1	.555**	.432**
	Sig. (2-tailed)	.002	.001		.000	.000
	N	420	420	420	420	420
sumsosup	Pearson Correlation	-.173**	.089	.555**	1	.480**
	Sig. (2-tailed)	.000	.069	.000		.000
	N	420	420	420	420	420
sumHLall	Pearson Correlation	-.223**	.215**	.432**	.480**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	420	420	420	420	420

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ของเพศกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้ Chi-Square

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57.673 <sup>a</sup>	37	.016
Likelihood Ratio	63.724	37	.004
Linear-by-Linear Association	1.539	1	.215
N of Valid Cases	420		

a. 46 cells (60.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .39.

ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้ Chi-Square

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	294.053 <sup>a</sup>	259	.066
Likelihood Ratio	238.454	259	.815
Linear-by-Linear Association	4.658	1	.031
N of Valid Cases	420		

a. 288 cells (94.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .00.

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวนพวรรณ แกมคำ
วัน เดือน ปี เกิด	1 พฤศจิกายน 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ในปี พ.ศ.2556



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY