

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
The Association between Health Literacy and Quality
of Life in Elderly People, Suwannaphum District
Roi Et Province

ลำพิ่ง วอนอก, ส.ด. (Lampung Vonok, Dr.P.H)¹

วรกมล เหล็กคำ, สบ. (Worakamol Lekham, BPH)²

วรรณศรี แวงงาม, ส.ด. (Wanasri Wawngam, Dr.P.H)^{3*}

กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, ส.ด. (Kritkantorn Suwannaphant, Dr.P.H)³

นภชา สิงห์วีระธรรม, ป.ด. (Noppcha Singweratham, Ph.D)⁴

Received : April 29, 2022

Revised : May 18, 2022

Accepted : July 19, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 292 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานแบบการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัย: พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.67 (183 คน) ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุพบว่าด้านทักษะการสื่อสาร ร้อยละ 87.33 (255 คน) ด้านทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 50.34 (147 คน) และด้านทักษะการจัดการตนเอง ร้อยละ 72.60 (212 คน) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ($OR_{adj.}=2.86$; 95 % CI: 1.55 to 5.28 ; p-value = 0.001) ด้านทักษะการสื่อสาร ($OR_{adj.}=2.54$; 95 % CI: 1.10 to 5.86 ; p-value = 0.029) และด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($OR_{adj.}=1.99$; 95 % CI: 1.05 to 3.75 ; p-value = 0.034) นอกจากนี้การไม่มีหนี้สิน ($OR_{adj.}=2.18$; 95 % CI: to 1.18 to 4.04 ; p-value = 0.013) อาชีพ ($OR_{adj.}=2.12$; 95 % CI: 1.17 to 3.85 ; p-value = 0.013) และการมีโรคประจำตัว ($OR_{adj.}=2.11$; 95 % CI: 1.22 to 3.67 ; p-value = 0.008) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน จากผลการศึกษาหากมีการดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไปควรศึกษาความสามารถในการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลมาตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพตนเอง, การตัดสินใจด้านสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Registered Nurse, Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute)

²นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

(Public Health Technical Officer, Atsamat Health office, Roi-et Province)

³วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Lecturer, Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute)

⁴คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

(Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Chiang Mai Province)

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding Author)

Email: wanasri@scphkk.ac.th

Abstract

Objective: This cross-sectional analytical research intended to investigate a correlation between health literacy and quality of life of the elderly who live in Suwannaphum District Roi Et Province.

Methods: 292 people were recruited via simple random sampling method. Questionnaires were used for data collection. Descriptive statistics and logistic regression analysis were applied to describe results of this study.

Results: The results showed that the overall quality of life was found at a high level (62.67%, 183 people), including health literacy of communication skills (87.33%, 255 people), decision making skills (50.34%, 147 people), and self-management skills (72.60%, 212 people). In addition, knowledge and understanding skills (47.95%, 140 people), accessing to health information and health services (55.14%, 161 people) and media literacy skills (58.22%, 170 people) were illustrated at the basic to moderate levels. Focused on the correlation between health literacy of the elderly and quality of life, there were three skills presenting statistical significance as follows; self-management skills ($OR_{adj.} = 2.86$; 95% CI: 1.55 to 5.28; p-value = 0.001) communication skills ($OR_{adj.} = 2.54$; 95% CI: 1.10 to 5.86; p-value = 0.029) and media literacy skills ($OR_{adj.} = 1.99$; 95% CI: 1.05 to 3.75; p-value = 0.034). In addition, no debt ($OR_{adj.} = 2.18$; 95% CI: to 1.18 to 4.04; p-value = 0.013), Occupation ($OR_{adj.} = 2.12$; 95% CI: 1.17 to 3.85; p-value = 0.013) and having underlying disease ($OR_{adj.} = 2.11$; 95% CI: 1.22 to 3.67; p-value = 0.008) were also statistical significance correlated.

As a consequence of the results, communication skills and media literacy skills should be investigated for encouraging elderly to consider and make appropriated decision of health care that affect quality of life.

Keywords: Self-health management, Health-decisions making, Media literacy,
Accessing to health services

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีมาปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น รวมทั้งทางด้านการแพทย์และสุขภาพ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตสะดวกสบายและมีความปลอดภัยมากขึ้น ทั้งยังสามารถรักษาโรคให้หายเป็นปกติได้ในหลายๆ โรค จึงทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การสหประชาชาติ หรือ United Nation (UN, 2017) ได้ทำนายจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวน 703 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 1,549 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 โดยคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ เป็นอันดับสองในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินโดนีเซีย (UN, 2019) ในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11 ล้านคน (ร้อยละ 16.70 ของประชากรทั้งหมด) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในจำนวนนี้การอาศัยตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 6 ใน พ.ศ. 2545 เป็น ร้อยละ 9.00 ใน พ.ศ. 2557 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) และได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2564 และอาจเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2574 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้สูงอายุมีจำนวน 224,131 คน (ร้อยละ 17.20

ของประชากรทั้งหมด) อำเภอสุวรรณภูมิ มีจำนวน 18,690 คน (ร้อยละ 16.10 ของประชากรทั้งหมด) เป็นหญิง 10,162 คน (ร้อยละ 54.40) ตำบลน้ำคำ มีจำนวน 1,697 คน (ร้อยละ 17.90 ของประชากรทั้งหมด) เป็นหญิง 917 คน (ร้อยละ 54.00) (สำนักงานสถิติ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2562)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาคส่วนต่างๆ มีการวางแผนการดูแลประชากรทั้งในด้านนโยบาย สิ่งสนับสนุนและเทคโนโลยีที่รองรับสังคมผู้สูงอายุมาก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประกอบไปด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีพของผู้สูงอายุ จึงเสนอให้มีการจัดสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ (ศรีเมือง พลัทธิและคณะ, 2563)

นอกจากนี้การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเองและด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ยังมี

ผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย ตัวอย่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายกมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 50.30) (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 51.70) (ประไพพิศ สิงห์สมและคณะ, 2562) และความรู้รอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง อยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกัน (กิจพณ ศรีธานี, 2560) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.11) การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่าอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.32) (ศิริพันธ์ สุขศรีและคณะ, 2560) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี (Mean=4.26) และยังพบว่าความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.24$) (จิรัชยา เกล้าดี, 2560)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถเลือกรับบริการหรือร้องขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพได้ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการจัดการปัญหาได้ทันเวลาและเหมาะสม หากเมื่อสุขภาพกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแล้ว

การดำรงชีวิตจะมีคุณภาพตามสภาพการณ์ที่เหมาะสมของแต่ละคนเช่นกัน ดังนั้นการศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งยังมีระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุยังเข้าไม่ถึงและยังไม่มี การดำเนินการเหตุของการเข้าไม่ถึงนี้ ผลการศึกษาจะทำให้ทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลที่ได้จะนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีอายุระหว่าง 60-100 ปี จำนวน 18,373 คน

3.1.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-100 ปี สื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

3.1.2 ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับกรณีหาความสัมพันธ์แบบ Multivariable association ใช้สถิติ Multiple logistic regression ของ Hsieh, Bloch & Larson (1998). โดยใช้สัดส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยของศิรินันท์ สุขศรีและดาวรรณ เศรษฐีธรรม (2560) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ ดังนี้

P_1 คือ สัดส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำเท่ากับ 0.22

P_0 คือ สัดส่วนของประชาชนที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง เท่ากับ 0.49

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

$$n = 105 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (overfitting) จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression

และจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor หรือ VIF ซึ่งมีค่าตามสูตร ดังนี้

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

ผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.8$ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว 292 คน

3.1.3 การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 292 คน ทำการสุ่มอย่างแบบ Multi - stage โดยเริ่มจาก สุ่มตำบลในอำเภอได้ตำบลน้ำคำ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ 2 แห่ง หลังจากนั้นทำการสุ่มเลือกได้กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่น้อย ซึ่งรับผิดชอบทั้งหมด 6 หมู่บ้าน หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองจำนวน 3 ส่วน ซึ่งได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.72 ตรวจสอบ

ความเที่ยง ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงโดยภาพรวมเท่ากับ 0.86 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบ (ตอนที่ 1) โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 และอีกส่วนที่ 4 คือแบบสำรวจคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว โรคประจำตัวที่เป็น งานอดิเรก สถานบริการด้านสุขภาพ แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต (2Q)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและ

สังคม ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน หนังสือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ บทบาทในชุมชนหรือสังคม การเป็นสมาชิกหรือร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีกิจกรรมเสริมรายได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีทั้งหมด 2 ตอน จำนวน 40 ข้อ

ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ความรู้ความเข้าใจตามแบบมาตรวัดของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder & Richardson, 1937) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจาก ใช่ (ถูก)–ไม่ใช่ (ไม่ถูก) ถ้าตอบไม่ใช่ (ไม่ถูก) ให้ 0 คะแนน ถ้าตอบใช่ (ถูก) ให้ 1 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom et al. (1971)

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

หมายความว่า มีความรู้และความเข้าใจอยู่ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79.99

หมายความว่า มีความรู้และความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

หมายความว่า มีความรู้และความเข้าใจอยู่ในระดับพื้นฐาน

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 30 ข้อ ทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก ซึ่งทีมผู้วิจัยปรับปรุงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ การวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) มีระดับการให้คะแนน ดังนี้

ทุกครั้ง	5 คะแนน
บ่อยครั้ง	4 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับการ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ นำมาจัด 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การ แบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของ Best (1977) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับชั้น}} \\ &= \frac{5-1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง ระดับความรอบรู้อยู่ในระดับสูง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง ระดับความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33	หมายถึง ระดับความรอบรู้อยู่ในระดับพื้นฐาน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้วัดในครั้งนี้ ประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (กรมสุขภาพจิต, 2545) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL มีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมาย

ทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามทางลบ

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

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามทางบวก

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

การแปลผล แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ (ข้อ)	คุณภาพชีวิต ระดับไม่ดี	คุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง	คุณภาพชีวิต ระดับดี
1. ด้านสุขภาพกาย (2, 3, 4, 10, 11, 12, 24)	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ (5, 6, 7, 8, 9, 23)	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (13, 14, 25)	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมจะรวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีถึงปานกลาง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 26-95 คะแนน และระดับดี หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 96 คะแนน ขึ้นไป

3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและทดลองใช้เรียบร้อยแล้ว ได้ประสานและทำหนังสืออย่างเป็นทางการไปยังผู้ใหญ่บ้านในตำบลน้ำคำ ทั้งหมด 6 หมู่ แบบสอบถามแบ่งตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการชี้แจงโครงการวิจัยและเก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเป็นผู้อ่านเนื้อหาแบบสอบถามและให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ กรณีสถิติข้อมูลแบบแจกแจงร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

3.4.2 สถิติเชิงอนุมาน ก) ใช้สถิติ Simple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bi-variable analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ ผลที่ได้คือ Crude Odds Ratio P-value และค่า 95%CI ข) พิจารณาค่า P-value < 0.25 จากการวิเคราะห์แบบ Simple logistic regression เพื่อทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่การวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและตัวแปรอิสระ ผลที่ได้คือ Adjusted Odds Ratio และ P-value นำเสนอคู่กับ ค่า 95%CI

3.5 จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 6210002 วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ผู้ที่เข้าร่วมทำการศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทุกคน เก็บรวบรวมข้อมูล

ในฐานะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยใช้รหัสผ่าน และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล

4. ผลการวิจัย

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.16 (164 คน) ค่ามัธยฐานของอายุ เท่ากับ 70 ปี (IQR = 11.50) ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 69.52 (203 คน) สถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 66.44 (194 คน) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.79 (160 คน) พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 38.01 (111 คน) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 93.84 (274 คน) ไม่มีความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 93.49 (273 คน) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 และปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับสามี/ภรรยาหรือบุตรธิดา ร้อยละ 78.77 (230 คน) สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.19 คน (S.D.=1.58) ค่ามัธยฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัว เท่ากับ 3 คน (IQR=2) สามารถปฏิบัติงานวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทุกอย่าง ร้อยละ 90.07 (263 คน) กิจกรรมประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองได้แก่ การเดินทาง การจัดหาสินค้าหรือสิ่งของอุปโภค บริโภค จำพวกยาสีฟัน สบู่ น้ำยาล้างจาน หรือการประกอบอาหารในชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 59.25 (173 คน) ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย 600 ถึง 10,600 บาท ค่ามัธยฐานของรายได้เท่ากับ 700 บาท (IQR = 200) ทุกคนได้รับเบี้ยยังชีพ ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 66.10 (193 คน) และไม่มีกิจกรรมเสริมรายได้ ร้อยละ 89.73 (262 คน)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	164	56.16
ชาย	128	43.84
อายุ (ปี)		
60-69	131	44.86
70-79	113	38.70
80 ปีขึ้นไป	48	16.44
อายุ (ปี) Mean : 71.56 , Median (Min : Max) 70 (60 : 92), IQR : 11.50		
อาชีพ		
เกษตรกร	203	69.52
อื่นๆ	89	30.48
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	4	1.37
ประถมศึกษา	276	94.52
มัธยมศึกษา	12	4.11
สถานภาพสมรส		
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	194	.66
หม้าย	75	26
โสด	23	.79
โรคประจำตัว		
มี	160	.55
ไม่มี	132	45.21
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง		
ไม่มี	274	93.84
มี	18	6.16
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน		
ไม่มี	273	93.49
มี	19	6.51
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ได้ทุกอย่าง	263	90.07
ได้บางอย่าง	26	8.90
ไม่ได้เลย	3	1.03
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน) Mean : 1,219.86 , Median (Min : Max) 700 (600 : 10,600), IQR : 200		
หนี้สิน		
ไม่มี	193	66.10
มี	99	33.90

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมด 3 ด้าน คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.95 (140 คน) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 55.14 (161 คน) และด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 58.22 (170 คน) ส่วนระดับความรู้ในระดับสูง ได้แก่ ด้านทักษะการสื่อสาร ร้อยละ 87.33 (255 คน) ด้านทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 50.34 (147 คน) และด้านทักษะการจัดการตนเอง

ร้อยละ 72.60 (212 คน) คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.67 (183 คน) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.99 (108 คน) และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.34 (1 คน) ตามลำดับรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีจำนวน 3 ด้านอยู่ในระดับดีคือ ด้านร่างกายร้อยละ 59.25 (173 คน) ด้านความสัมพันธ์ภาพทางสังคม ร้อยละ 54.79 (160 คน) และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 51.37 (150 คน) ส่วนระดับปานกลางพบในด้านจิตใจร้อยละ 68.15 (199 คน)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

	ระดับสูง n (%)	ระดับปานกลาง n (%)	ระดับพื้นฐาน n (%)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	124 (42.47)	140 (47.95)	28 (9.59)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	124 (42.47)	161 (55.14)	7 (2.40)
ด้านทักษะการสื่อสาร	255 (87.33)	31 (10.62)	6 (2.05)
ด้านทักษะการตัดสินใจ	147 (50.34)	137 (46.92)	8 (2.74)
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	212 (72.60)	73 (25.00)	7 (2.40)
ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	87 (29.79)	170 (58.22)	35 (11.99)
คุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพกาย	173 (59.25)	116 (39.73)	3 (1.03)
ด้านจิตใจ	87 (29.79)	199 (68.15)	6 (2.05)
ด้านความสัมพันธ์ภาพทางสังคม	160 (54.79)	120 (41.10)	12 (4.11)
ด้านสิ่งแวดล้อม	150 (51.37)	139 (47.60)	3 (1.03)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการจัดการ

ตนเอง พบว่าการจัดการตนเองในระดับสูงมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าระดับพื้นฐานถึงปานกลาง 2.86 เท่า ($OR_{adj.} = 2.86$; 95 % CI: 1.55 to 5.28 ; p-value = 0.001) ด้านทักษะการสื่อสาร ในระดับสูงมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าระดับพื้นฐานถึงปานกลาง 2.54 เท่า ($OR_{adj.} = 2.54$; 95 % CI: 1.10 to 5.86 ; p-value = 0.029) และด้านทักษะ

การรู้เท่าทันสื่อ ในระดับสูงมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าระดับพื้นฐานถึงปานกลาง 1.99 เท่า ($OR_{adj.} = 1.99$; 95 % CI: 1.05 to 3.75 ; p-value = 0.034) นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่มีหนี้สินมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าการมีหนี้สิน 2.18 เท่า ($OR_{adj.} = 2.18$; 95 % CI: to 1.18 to 4.04 ; p-value =

0.013) อาชีพเกษตรกร มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าการประกอบอาชีพอื่นๆ 2.12 เท่า ($OR_{adj.} = 2.12$; 95 % CI: 1.17 to 3.85 ; p-value = 0.013) และการไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการมีโรคประจำตัว 2.11 เท่า ($OR_{adj.} = 2.11$; 95 % CI: 1.22 to 3.67 ; p-value = 0.008)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ปัจจัย	จำนวน	%คุณภาพชีวิตดี	OR _{Crude}	OR _{Adj*}	95% CI	P -Value
ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง						0.001
ระดับพื้นฐานถึงปานกลาง	80	36.25	1	1		
ระดับสูง	212	72.64	4.67	2.86	1.55 to 5.28	
ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร						0.029
ระดับพื้นฐานถึงปานกลาง	37	32.43	1	1		
ระดับสูง	255	67.06	4.24	2.54	1.10 to 5.86	
ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ						0.034
ระดับพื้นฐานถึงปานกลาง	205	57.56	1	1		
ระดับสูง	87	74.71	2.18	1.99	1.05 to 3.75	
หนี้สิน						0.013
มี	193	54.40	1	1		
ไม่มี	99	78.79	3.11	2.18	1.18 to 4.04	
อาชีพ						0.013
อาชีพอื่นๆ	89	41.57	1	1		
เกษตรกร	203	71.92	3.60	2.12	1.17 to 3.85	
โรคประจำตัว						0.008
มี	160	54.34	1	1		
ไม่มี	132	72.73	2.24	2.11	1.22 to 3.67	

$OR_{adj.}$ ที่ได้จากการควบคุมตัวแปร ได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, และ ด้านทักษะการตัดสินใจ

5. อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหมด 292 คน ว่าพบคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.67 (183 คน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิจปพน ศรีธานี (2560) ที่อธิบายถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง พบว่าอยู่ในระดับดี และการศึกษาของ จิรัชยา เคล้าดีและคณะ (2563) พบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับดี ซึ่งการศึกษาของจันทนา สารแสง และสิวลี รัตนปัญญา (2562) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนหรือสังคม ทำให้ได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเครียดและรู้สึกว่าคุณค่า อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนหรือสังคม ทำให้ได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเครียดและรู้สึกว่าคุณค่า อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนหรือสังคม ทำให้ได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเครียดและรู้สึกว่าคุณค่า อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนหรือสังคม ทำให้ได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเครียดและรู้สึกว่าคุณค่า อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนหรือสังคม ทำให้ได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเครียดและรู้สึกว่าคุณค่า

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า **ด้านทักษะการจัดการตนเอง** มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยสามารถเดินทางไปรับบริการทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเองจึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา หลวงพิทักษ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้ดีและสามารถค้นหาข้อมูลได้ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้วและคณะ(2561) พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในโรงเรียนมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีความสนใจร่วมกัน และวัยใกล้เคียง ประสบการณ์หรือเหตุการณ์สำคัญใกล้เคียงกัน ทำให้มีความเข้าใจในการสื่อสารต่อกันดีกว่าวัยอื่นๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ ตระหนักและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้

ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลความเป็นจริง ได้จากหลายแหล่งโดยไม่เชื่อข้อมูลจากการโฆษณาในทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ เนติยา แจ่มทิม และสินีพร ยืนยง (2562) พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรีที่มีพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ โดยการค้นหา ทรัพยากรสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต เชื่อมั่นในข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ที่เผยแพร่ในสื่อโทรทัศน์ และเชื่อมั่นอยู่บ้างว่าสามารถได้รับคำแนะนำหรือสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพหรือข้อมูลที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาของ พัชราภรณ์ พัฒนะ (2560) ได้รายงานการได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุเกิดโรคจากความเสื่อมถอยของร่างกายและโรคจากการสะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรงและทำให้คุณภาพชีวิตน้อยกว่าคนที่ไม่มโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินันท์ สุขศรี และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2560) พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 2.01 เท่า นั่นแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จิรัชยา เคล้าดี และคณะ (2560) อธิบายว่า ความมีโรคหรืออาการป่วยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะอาชีพมีผลต่อรายได้และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีรายได้ดีย่อมมีศักยภาพในการใช้จ่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กิจปพน ศรีธานี (2560) พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางที่มีงานทำเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบที่ดีต่อคุณภาพของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิรินันท์ สุขศรี และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2560) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 6.53 เท่า ทั้งนี้เพราะการมีอาชีพที่มั่นคง มีส่วนช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ในวัยชราหรือวัยเกษียณมีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พระสิทธิชัย ชยานนโท, เดชชาติ ตรีทรัพย์, และ

ประเวศ อินทองปาน (2562) พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกัน แต่ในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาระหนี้สินจะมีความสอดคล้องเช่นเดียวกันกับอาชีพ คืออำนาจในการใช้จ่ายน้อยในการดูแลหรือบำรุงร่างกายน้อยส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ไม่ดีและมีปัญหาสุขภาพจิตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินันท์ สุขศรี และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2560) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ไม่มีภาระหนี้สินจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาระหนี้สิน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุไม่มีภาระหนี้สิน และสามารถประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เพราะเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุสามารถที่จะเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จิรัชยา เคล้าดี, สุกชัย นาคสุวรรณ, และ จักรวาล สุขไมตรี (2560) พบว่าการมีภาระหนี้สินไม่ส่งผลกระทบต่อการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช

6. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าระดับความสัมพันธ์ยังน้อยไป หากมีการศึกษาในครั้งต่อไปโดยมุ่งเน้นในทักษะทั้ง 2 ด้าน จะทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ และมีการพิจารณาการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจ รวมถึงสามารถสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้อื่นได้ และจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

7. เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562* แยกตามตำบล. สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.dop.go.th/th/ know/side/1/1/238>.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562*. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2563, จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf.
4. กรมสุขภาพจิต. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)*. ค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>.
5. กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26-36.
6. จันทนา สารแสง และสิวลี รัตนปัญญา. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพอง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 27(5), 44-56.
7. จิรัชยา เคล้าดี, สุกชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.
8. เนติยา แจ่มทิม และ สินีพร ยืนยง. (2562). การใช้สื่อออนไลน์ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ ของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 5(2), 168-180.
9. ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรา รัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 11(1), 37-51.
10. ปราโมทย์ ประสาทกุล (บก.). (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม : พรินเทอรี่ จำกัด.

11. พระสิทธิชัย ชยานนโท, เดชชาติ ตริทรัพย์, และประเวศ อินทองปาน. (2562). ปัจจัยที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลกำแพงเขา อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 3(1), 44-56.
12. พัทธภรณ์ พัฒนา. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2563, จาก http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5817030033_6083_5988.pdf.
13. วาสนา หลวงพิทักษ์, จิตติมา ดวงแก้ว, อุมารใจยิ่งยีน, และเพ็ญรุ่ง วรรณดี. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 3(1), 67-81.
14. ศิรินันท์ สุขศรี และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(4), 73-84.
15. ศรีเมือง พลึงฤทธิ์, นิตมา ติเยาว์, และวดี วงษ์ประดิษฐ์. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครรังสิต ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 2-39.
16. สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาศิส, สุขฤดี อึ้งศฤงคารสกุล, พัชรี กระจำโพธิ์, วิถี ธุระธรรม, และภาสกร เนตรทิพย์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 86-94.
17. สำนักงานสถิติ จังหวัดร้อยเอ็ด. (2562). *จำนวนประชากรจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2562*. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2563, จาก http://roiet.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=669:2--2563---2562&catid=116:infographic&Itemid=607.
18. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเชียง อำเภอฟาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการ MFU Connexion*, 7(2), 76-95.
19. Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New York: Prentice-Hall, Englewood cliffs.
20. Bloom, B. S. (1971). *Mastery learning*. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning: Theory and practice*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

21. Hsieh, Bloch & Larson (1998). *A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression*. *Statistics in Medicine*, 8, 1623-1634.
22. Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). *The Theory of Estimation of Test Reliability*. *Psychometrika*, 2, 151-160., Retrieved June 10, 2020, from <http://dx.doi.org/10.1007/BF02288391>
23. United Nations. (2017). *World Population Ageing 2017: Highlights*, Retrieved October 12, 2019, from https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
24. United Nations. (2560). *World Population Ageing 2019*, Retrieved June 10, 2020, from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf.