

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

Health Literacy and Self Care Related to Quality of Life of Elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen Province

ศิรินันท์ สุขศรี (Sirinan Suksri)^{1*} ดร.ดาวิวรรณ เสริมฐิธรรม (Dr.Dariwan Settheetham)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญจำนวน 380 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก Multiple logistic regression ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.32 (95%CI 51.12-61.37) ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คือ ร้อยละ 43.16 (95%CI 38.12-48.31) มีเพียงร้อยละ 0.53 (95%CI 0.06-1.89) ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 67.11 ด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 48.95 และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 43.68 ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านการใช้ยาร้อยละ 61.32 ด้านการควบคุมอาหาร ร้อยละ 55.79 และด้านการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 26.58 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (OR=2.57; 95 % CI: 1.44-4.58; p-value < 0.001) ความสามารถในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง (OR=2.51; 95 % CI: 1.37-3.74; p-value = 0.001) ความสามารถในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (OR=2.12; 95 % CI: 1.26-3.55; p-value = 0.004) การไม่มีโรคประจำตัว (OR=2.01; 95 % CI: 1.20-3.36; p-value =0.008) การไม่มีหนี้สิน (OR=1.96; 95 % CI: 1.09-3.50; p-value =0.024) ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ (OR=6.53; 95 % CI: 2.14-19.92; p-value = 0.002) และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (OR=0.38; 95 % CI: 0.13-0.71; p-value = 0.012) ตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมจะมีช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยั่งยืน

¹ Correspondent author: s_sirinan@kkumail.com

* นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ABSTRACT

This research purposed to study levels of quality of life, health literacy, and self-caring that relate to the quality of the elderly's life in Amnat Charoen Municipality, Amnat Charoen Province, totaling 380 persons. The samples came from the systematic sampling and data collection was interview by a questionnaire of World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-BREF-THAI). Data was by analyzed descriptive and inferential statistics consisted of multiple logistic regressions. According to the study, the quality of the elderly's life in Amnat Charoen Municipality, Amnat Charoen Province are in the medium level or 56.32% (95%CI 51.12-61.37), which is close to the overall quality of life that is at the good level or 43.16% (95%CI 38.12-48.31). Only 0.53% (95%CI 0.06-1.89) had a bad quality of life. The highest mean in health literacy factors were a decision for accurate health care or 67.11%, self-health care or 48.95%, and health knowledge or 43.68%. For self-caring factors, the highest means were medical use or 61.32%, food control or 55.79%, and health care or 26.58%. The factors relating to the quality of the elderly's life in Amnat Charoen Municipality, Amnat Charoen Province, included the health decision making at the high level (OR=2.57; 95 % CI: 1.44-4.58; p-value < 0.001), food control at the high level (OR=2.51; 95 % CI: 1.37-3.74; p-value = 0.001), medical use at the high level (OR=2.12; 95 % CI: 1.26-3.55; p-value = 0.004), non-underlying disease (OR=2.01; 95 % CI: 1.20-3.36; p-value =0.008), no debt (OR=1.96; 95 % CI: 1.09-3.50; p-value =0.024), retired government official (OR=6.53; 95 % CI: 2.14-19.92; p-value = 0.002), and ages over 80 (OR=0.38; 95 % CI: 0.13-0.71; p-value = 0.012), respectively. Therefore, developing the skills of the elder involving management their health care properly and appropriately will help them healthier well-being and sustainable.

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Keywords: Health literacy, Self-care, Quality of life, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ประชากรโลกมีแนวโน้มการขยายตัวเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยที่กลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.0 เมื่อปี 2543 เป็นร้อยละ 15.0 ในปี 2568 ขณะที่ประชากรวัยเด็กจะมีจำนวนลดลงจากร้อยละ 30.1 เหลือเพียงร้อยละ 24.2 [1] และจากการวิเคราะห์แนวโน้มของโครงสร้างประชากรของประเทศไทยหรือการฉายภาพประชากรพบว่า ภาพรวมประเทศไทยอยู่ในสถานการณ์“สังคมสูงวัย” (ageing society) และไม่เกิน 10 ปี ข้างหน้าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) [2-3]

ปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุถือเป็นความท้าทายใหม่ของทุกภาคโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของตัวผู้สูงอายุเองเนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงและเกิดภาวะเสื่อมถอยลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากรายงานเกี่ยวกับภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากร พบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) มากกว่า 4.3 ล้านปีโดยโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานและภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง[4] ผลพวงของปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งในระดับมหภาค อาทิเช่น ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) รายได้ต่อหัว

ประชากร การออม การลงทุน งบประมาณของรัฐบาลและการคลัง ผลผลิตภาพแรงงานและการจ้างงาน และในระดับจุลภาค อันได้แก่ ผลกระทบต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่างๆ ด้านการเงินและเศรษฐกิจ เป็นต้นกลวิธีที่จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวคือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีที่สามารถดูแลตนเองได้ตลอดจนดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุขหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

คุณภาพชีวิต (Quality of life) คือความรู้สึกรับรู้ของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุขต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ครอบคลุมปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย การศึกษา สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่อยู่อาศัย รวมถึงรายได้ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จึงหมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมที่ดี มีความสุข การกินคืออยู่ดี มีเศรษฐกิจที่มั่นคง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ และมีการดำเนินชีวิตสภาพความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างเหมาะสม มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสมรรถภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 5) ด้านความมั่นคงในชีวิต [5] ทั้งนี้มีเป้าประสงค์หลักเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต้องดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและสังคมปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลโดยตรงต่อสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก็คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการค้นหาหรือเข้าถึง สร้างความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ [6] ในประเทศไทยมีการแปลคำนี้ไว้ต่างกันไป เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพหรือ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพหรือ ความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะโดยความแตกต่างระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยและเงื่อนไขหลายประการไม่ว่าจะเป็นการศึกษา ความสามารถของบุคคล เพศ อายุ พัฒนาการในวัยเด็ก ภาษาและวัฒนธรรม ตลอดจนเงื่อนไขด้านการดำรงชีวิตและอาชีพการงาน อีกทั้งมีความคล้ายคลึงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่จะเป็นเครื่องบ่งชี้สถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหากบุคคลใดมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำย่อมส่งผลให้มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต่ำตามไปด้วย [7] นั้นย่อมหมายความว่า บุคคลนั้นไม่สามารถจัดการตนเองในเรื่องสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมถึงไม่สามารถทำความเข้าใจและใช้การตัดสินใจเลือกกับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพได้ [8] ดังนั้น การสร้างเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพย่อมทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถลดความเหลื่อมล้ำความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนได้นอกจากนี้การดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเรียนรู้และจดจำจากภาวะแวดล้อมทางสังคมและสื่อสารที่เข้ากันและกันการศึกษาและวัฒนธรรมซึ่งตัวบุคคลนั้นได้เลือกปฏิบัติให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตนเองเพื่อให้ระบบการทำงานของร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุลเป็นปกติ ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีการตนเองที่ดีและเหมาะสมย่อมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงรักษาสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดี (Well Being)

จากที่เหตุผลและความสำคัญที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจจะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาวิถีในการดำเนินงานด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต



วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 2,375 คน [9]

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ
2. อายุ 60 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารได้
4. ยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้พิการ ทูพลภาพ
2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีบุคคลในครอบครัวดูแล
3. ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression[10]ดังนี้

$$n_1 = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

$$n_1 = 242.67 \approx 243 \text{ คน}$$

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัว จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ Multiple logistic regression ดังนี้

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

ผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.6$ ได้ขนาดตัวอย่าง 380 คน ดังนั้น เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างเพียงพอที่จะตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ผู้วิจัยได้ทำการปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษา

การสุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ทำการเรียงลำดับรายชื่อผู้สูงอายุตามระบบทะเบียนราษฎร์ ทำการหาสัดส่วนจำนวนตัวอย่างจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญทั้ง 31 ชุมชน เมื่อได้

จำนวนตัวอย่างในแต่ละชุมชนผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) ดังนี้ 1) นำรายชื่อประชากรผู้สูงอายุของแต่ละชุมชนมาเรียงกันเป็นระบบตามบัญชีเรียกชื่อ 2) ทำการคำนวณหาช่วงการสุ่มโดยคำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมดหารด้วยขนาดตัวอย่าง 3) ทำการสุ่มเลขลำดับเริ่มต้นและเลือกตัวอย่างในลำดับถัดไปตามช่วงการสุ่มจนครบตามสัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนจนครบ 380 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีซึ่งคำถามจะครอบคลุมประเด็นหลักในเรื่องต่อไปนี้ คือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้อาชีพ ภาระหนี้สิน ภาวะการเจ็บป่วย และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [11] จำนวน 35 ข้อ ประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกมีค่าคะแนน เท่ากับ 1 ตอบผิดตอบถูกมีค่าคะแนน เท่ากับ 0 ทำการแปรผล ดังนี้

คะแนนร้อยละ	80.00 ขึ้นไป	หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก
คะแนนร้อยละ	60.00 - 79.99	หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00		หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ส่วนประเด็นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ มีข้อคำถามประเด็นละ 5 ข้อ มี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

ส่วนที่ 3 การดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย การควบคุมอาหาร การดูแลสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกาย การใช้ยา จำนวน 20 ข้อแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

การแปลผลในแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 (ยกเว้นความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ) และส่วนที่ 3 ดังนี้		
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00	หมายถึง ระดับความรู้/การดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67	หมายถึง ระดับความรู้/การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33	หมายถึง ระดับความรู้/การดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ชุด 26 ตัวชี้วัด ของสுவัตน์ มหัตนรินทร์กุล [12] โดยดัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)



การแปลผล

คะแนนตั้งแต่ 26-60	คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนนตั้งแต่ 61-95	คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนนตั้งแต่ 96-130	คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.94 ด้านการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.87 ด้านคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.90 และแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้ Multiple logistic regression โดยการนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าสู่สมการและพิจารณาความสำคัญทางด้านเนื้อหา ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward Elimination) ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผู้วิจัยสนใจการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงได้ทำการสร้างเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยกำหนดให้ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีและปานกลาง(ค่าคะแนนน้อยกว่า 96 คะแนน) มีค่าเท่ากับ 0 ระดับคุณภาพชีวิตดี (ค่าคะแนนตั้งแต่ 96 คะแนนเท่ากับ 1)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE592293 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2559

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.58 อายุเฉลี่ย 69.07 ± 7.29 ปี อายุสูงสุด 96 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.73 สถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 64.21 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.37 ค่ามัธยฐานของรายได้เท่ากับ 1,500 บาทต่อเดือน (รายได้ต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 45,000 บาทต่อเดือน) เกินกว่าครึ่งรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 56.32 ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 74.21 มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ร้อยละ 35.79 โดยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 13.42 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 10.79 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 7.37 โรคหัวใจ ร้อยละ 2.11 โรคไตและโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 0.79 เท่ากัน โรคหอบหืดและโรคเมารถ ร้อยละ 0.26 เท่ากัน ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.16 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ดื่ม 40 ปี (ระยะเวลาต่ำสุด 20 ปี ระยะเวลาสูงสุด 65 ปี) ค่ามัธยฐานของความถี่ในการดื่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ต่ำสุด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สูงสุด 7 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 67.11 รองลงมา คือ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 43.68 ส่วนด้านการมีทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมาก

ที่สุด ร้อยละ 71.05 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.32 ร้อยละ 51.32 และร้อยละ 48.95 ตามลำดับดังตารางที่ 1

ปัจจัยการดูแลตนเอง ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านการใช้ยาอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 61.32 ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 55.79 ด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.47 และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 60.53 ดังตารางที่ 2

ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญมีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 56.32 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 43.16 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.53 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 โดยหากพิจารณารายด้านจะพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 67.63 ด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 56.05 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 60.26 และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 55.79 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิธีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยการดูแลตนเองที่ละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดจากตัวแปรอื่น ซึ่งจะได้ค่า Crude OR และค่า p value มาพิจารณากันกรองตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 เข้าโมเดลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อทำการควบคุมปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (OR=2.57; 95 % CI: 1.44-4.58; p-value <0.001) ความสามารถในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง (OR=2.51; 95 % CI: 1.37-3.74; p-value = 0.001) ความสามารถในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (OR=2.12; 95 % CI: 1.26-3.55; p-value = 0.004) การไม่มีโรคประจำตัว (OR=2.01; 95 % CI: 1.20-3.36; p-value =0.008) การไม่มีหนี้สิน (OR=1.96; 95 % CI: 1.09-3.50; p-value =0.024) ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ (OR=6.53; 95 % CI: 2.14-19.92; p-value = 0.002) และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (OR=0.38; 95 % CI: 0.13-0.71; p-value = 0.012) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.32 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองและพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง [13-17] ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิต บริบททางสังคม และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบทมีความเป็นชุมชนเมืองไม่มาก มีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตเป็นสิ่งที่คนในชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ไม่ต้องดิ้นรนแข่งขันดังเช่นพื้นที่ที่มีความเป็นเมืองสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีโอกาที่จะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางเป็น 3.07 เท่า (OR=3.07; 95% CI: 1.74-5.41; p-value <0.001) ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในทักษะที่แสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการพิจารณา วิเคราะห์ถึง



ผลดีผลเสียของปัจจัยและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดีและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ล้วนมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตนอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำยังเป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของประชาชน [18] ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการควบคุมอาหารและการใช้ยาในระดับสูงมีโอกาสมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการควบคุมอาหารและการใช้ยาในระดับน้อยถึงปานกลาง 2.26 และ 2.12 เท่า (OR=2.26; 95%CI: 1.37-3.74; p-value = 0.001 และ OR=2.12; 95% CI: 1.26-3.55; p-value = 0.004 ตามลำดับ) ความสามารถในการควบคุมอาหารและการใช้ยาเป็นหนึ่งในทักษะการดูแลตนเองที่สำคัญการรับประทานอาหารและการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลต่อความยืนยาวของชีวิตและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง หากผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างยืนยาวควบคู่กับการมีสุขภาพดีย่อมทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย ความสามารถในการดูแลตนเองมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแลตนเองและความสามารถในการตนเองที่ต่ำจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ [19] เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [20] ในส่วนของอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี 0.38 เท่า (OR=0.38; 95 % CI: 0.13-0.71; p-value = 0.012) หมายความว่ายิ่งอายุมากขึ้น คุณภาพชีวิตยิ่งต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากอายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวัยของบุคคล ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะอายุมากขึ้นจะทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมตลอดจนการประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น การพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดต่ำลงได้ [16, 21-22] ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวถึง 1.88 เท่า (OR=1.88; 95 % CI: 1.14-3.12; p-value =0.014) นั้นแสดงให้เห็นว่าการมีสถานสุขภาพที่ดีและการไม่มีโรคประจำตัวช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติและมีความเป็นอยู่ที่ดีนอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การมีสถานสุขภาพที่ดีปราศจากการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเป็นอยู่ที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี [23-24] เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาระหนี้สินจะมีคุณภาพชีวิตดีสูงเป็น 1.96 เท่าของผู้สูงอายุที่มีภาระหนี้สิน (OR=1.96; 95 % CI: 1.09-3.50; p-value =0.024) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ระดับทางการเงินการไม่มีหนี้มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตรวมถึงการเพิ่มขึ้นของรายได้ต่อเดือนและการไม่มีภาระหนี้สินมีส่วนช่วยให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุไม่มีหนี้สินสะท้อนให้เห็นถึงการมีเศรษฐกิจที่สามารถแสวงหาปัจจัยพื้นฐานไม่ว่าจะเป็นเครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน อาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกาย การรับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนให้ดีขึ้นได้ [25] นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 6.53 เท่า (OR=6.53; 95 % CI: 2.14-19.92; p-value =0.002) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญจะมีรายได้ต่อเดือนที่แน่นอนและเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน สามารถใช้เวลาในช่วงวัยสูงอายุพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ทั้งการได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจึงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่โดยไม่ต้องกังวลต่อการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพซึ่งแตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่อาศัยเบี้ยยังชีพที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐความสามารถในการเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในส่วนของการจัดการตนเองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองด้านการใช้ยาการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายในระดับสูงแต่การดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อทำการควบคุมปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง การไม่มีโรคประจำตัว การไม่มีหนี้สิน ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปความสัมพันธ์เชิงผกผันกับการมีคุณภาพที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากบุคคลหลายๆท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.คาริวรรณ เศรษฐีธรรม ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ท่านเป็นผู้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางแก้ไขพัฒนาการจัดทำการศึกษาอิสระเกิดแรงบันดาลใจให้ทำงานวิจัยนี้อย่างต่อเนื่องจนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economics and Social Development Board. 12th national economics and social development plans. Bangkok: Office of the National Economics and Social Development Board; 2015. Thai.
2. Chomphoonuch P. Aging society in Thailand. Bangkok: Bureau of Parliamentary Studies; 2013. Thai.
3. Pramote P. The situation of the elderly in Thailand 2015. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2016. Thai.
4. Auttakiat K, editor. NCDs 2nd kick off to the goals. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King; 2015. Thai.
5. Department of Mental Health. Strategy plans during the 10th national economic and social development plan (2007-2011). Bangkok: Lamom; 2009. Thai.
6. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. Nurs Health Sci. 2009; 11(1): 77-89.
7. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health. 2007 Dec; 61(12): 1086-1090.
8. WHO. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. Paper presented at the 7th global conference for health promotion: Promoting health and development, closing the implementation gap; 2009, Oct26-30, Kenya.



9. Division of Social Welfare, Office of the Municipal Clerk. Annual report 2016. Amnatcharoen: Division of Social Welfare, Office of the Municipal Clerk; 2016. Thai.
10. Hsieh YF, Bloch AD, Larsen DM. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. *Stat Med.* 1998;17(14):1623-34.
11. Health education division, Department of health service support. Health Literacy Survey of 12-15 year olds. Nonthaburi: Health education division, Department of health service support, Ministry of public health; 2010. Thai.
12. Suwat M, Wirawan T, Wanida P. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai.* 2001; 5(3): 4-15. Thai.
13. Tharin S, Supawon J, Thassanan T, Piyaat J. Quality of Life of the Elderly in Bansuan Municipality Chonburi Province. *J Public Health* 2011; 41(3): 240-249. Thai.
14. Surajitt W, Pisit J, Paisan S. Factors that Influence the Quality of Life in the Bangmulnak Municipality Bang Mun Nak District Phichit Province [Thesis]. Nakhon Sawan Rajabhat University; 2013. Thai.
15. Wassana L. Quality of life of the elderly in Si-Chang island Municipality, Si-Chang island District, Chonburi Province [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. Thai.
16. Weerapong Y. Factors related to the quality of life of the elderly in rural areas Yasothorn Province [Independent Study]. Khon Kaen: KhonKaen University; 2011. Thai.
17. Phojana S. Factors related to the quality of life of aged persons in the association of retired civil in Loei. Loei: Rajabharat institute Loei; 2001. Thai.
18. Jayasinghe UW, Harris MF, Parker SM, Litt J, van Driel M, Mazza D, et al. The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2016; 14(1): 68.
19. Suphamas P, Somchit H, Noppawan P. Factors Predicting Self-Care Abilities and Quality of Life in Persons with Type 2 Diabetes. *Rama Nurs J.* 2014; 20(1): 97-111. Thai.
20. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2009 Sep 22; 120(12): 1141-1163.
21. Debalina Datta PD, Kunal Majumdar. Association of quality of life of urban elderly with socio-demographic factors. *Int J Med Public Health.* 2015 Oct 2015; 5(4): 274-8.
22. Tiparoon S. Elderly quality of life: Case study in elderly assemblies in Bangkok [Master of Arts Thesis in Sociology thesis] Bangkok: Thammasat University; 2009. Thai.
23. Hongthong D, Somrongthong R, Ward P. Factors Influencing the Quality of Life (QoL) Among Thai Older People in a Rural Area of Thailand. *Iranian Journal of Public Health.* 2015; 44(4): 479-485.
24. Kaur H, Kaur H, Venkateshan, M. Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Medical Science and Public Health.* 2015; 1(4): 1049-1053.
25. Gurková, E, Cáp, J, Žiaková, K, Durišková M. Job satisfaction and emotional subjective well-being among Slovak nurses. *International Nursing Review.* 2011; 59(1): 94-100.

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ (n = 380)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)
ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	43.68	41.58	14.74
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ	27.89	61.32	10.79
ด้านทักษะการสื่อสาร	18.16	71.05	10.79
ด้านการจัดการตนเอง	43.95	48.95	7.10
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	31.05	51.32	17.63
ด้านทักษะการตัดสินใจ	67.11	27.89	5.00

ตารางที่ 2 ระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ (n = 380)

การดูแลตนเอง	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)
ด้านการควบคุมอาหาร	55.79	40.00	4.21
ด้านการออกกำลังกาย	25.79	60.53	13.62
การใช้ยา	61.32	37.63	1.05
การดูแลสุขภาพ	26.58	69.47	3.95

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ (n = 380)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน(ร้อยละ)	95%CI
ระดับดี (คะแนน 96-130 คะแนน)	164 (43.16)	38.12-48.31
ระดับปานกลาง (คะแนน 61-95 คะแนน)	214 (56.32)	51.12-61.37
ระดับไม่ดี (คะแนน 26-60 คะแนน)	2 (0.53)	0.06-1.89
Mean±S.D. = 92.65±13.23		

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ (n = 380)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)
ด้านร่างกาย	30.79	67.63	1.58
ด้านจิตใจ	56.05	42.11	1.84
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	28.16	60.26	11.58
ด้านสิ่งแวดล้อม	43.42	55.79	0.79



ตารางที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ปัจจัย	จำนวน(คน)	% QOL	Crude OR	adj.OR	95%CI	p-value
การตัดสินใจด้านสุขภาพ						0.001
น้อยถึงปานกลาง	125	21.60	1	1		
สูง	255	53.73	4.21	2.57	1.44-4.58	
การควบคุมอาหาร						0.001
น้อยถึงปานกลาง	168	26.19	1	1		
สูง	212	56.60	3.68	2.26	1.37-3.74	
การใช้ยา						0.004
น้อยถึงปานกลาง	147	25.85	1	1		
สูง	233	54.05	3.38	2.12	1.26-3.55	
โรคประจำตัว						0.008
มี	115	40.00	1	1		
ไม่มี	265	44.53	2.20	2.01	1.20-3.36	
ภาระหนี้สิน						0.024
มี	98	31.63	1	1		
ไม่มี	282	47.16	1.93	1.96	1.09-3.50	
อาชีพ						0.002
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	161	39.13	1	1		
ค้าขาย	64	51.56	1.66	1.35	0.68-2.70	
เกษตรกรรม/รับจ้าง	126	35.71	0.85	0.78	0.44-1.37	
ข้าราชการบำนาญ	23	79.31	5.96	6.53	2.14-19.92	
อายุ						0.012
60-69 ปี	220	45.45	1	1		
70-79 ปี	118	45.76	1.01	1.02	0.60-1.73	
80 ปีขึ้นไป	42	23.81	0.38	0.30	0.13-0.71	