

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร



นางวรรณศิริ นิลเนตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH LITERACY IN THAI ELDERS IN SENIOR CITIZENS CLUB OF BANGKOK

Mrs. Wansiri Nilnate



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Health Research and Management
Department of Preventive and Social Medicine
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	นางวรรณศิริ นิลเนตร
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สร้อยยา เสงพะพรหม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ นายแพทย์ ดร.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไชยภรณ์ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.พรชัย สิริศิรินัยกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สร้อยยา เสงพะพรหม)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ นายแพทย์ ดร.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ)

.....กรรมการ
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น)

วรรณศิริ นิลเนตร : ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (HEALTH LITERACY IN THAI ELDERLY IN SENIOR CITIZENS CLUB OF BANGKOK) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.สรันยา เสงพะพรหม, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. นพ. ดร.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, 201 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ด้วยเทคนิคเดลฟาย และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีนบุรี ทับเจริญ และ ห้วยขวาง จำนวน 440 คน ซึ่งถูกสุ่มเลือกมาด้วยเทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาค่าน้ำหนักองค์ประกอบเพื่อกำหนดหาระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยใช้โปรแกรมลิสรล และใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 99.5) และระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.5) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ (p -value=0.001) เพศ (p -value=0.013) ระดับการศึกษา (p -value<0.001) ความสามารถในการมองเห็น (p -value=0.003) ความสามารถในการเขียน (p -value<0.001) ผู้ดูแล (p -value=0.005) สิทธิในการรักษาพยาบาล (p -value=0.041) ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม (p -value<0.001) และการเดินทางมาชมรม (p -value=0.007) และ 3) เครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เนื่องจากมีค่าดัชนีความยากเฉลี่ย ระดับง่ายถึงค่อนข้างยาก ค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ย ระดับพอใช้ถึงดีมาก และค่าความเที่ยงระดับพอใช้ถึงสูง

ดังนั้น การจัดประเภทบริการและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุไทยควรพิจารณาถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ไปใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิติ
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ปีการศึกษา	2557	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5474918130 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORDS: ELDERS / HEALTH LITERACY / TOOL DEVELOPMENT

WANSIRI NILNATE: HEALTH LITERACY IN THAI ELDERS IN SENIOR CITIZENS CLUB OF BANGKOK. ADVISOR: ASSOC. PROF. SARUNYA HENGPRAPROM, Ph.D., CO-ADVISOR: PIYA HANVORAVONGCHAI, M.D. Ph.D., 201 pp.

This research was designed as a mixed method study which aimed to 1) study health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok and 2) determine factors associated with health literacy among Thai elders. A health literacy tool developed in this study by using Delphi technique was used to collect the data. The 440-Thai elders from 3 senior citizens club of Bangkok; Min Buri, Thap Charoen and Huai Khwang were selected using multi-stage sampling technique. Descriptive statistic was used to describe the subject's characteristics. The weight-factors for adjusting the level of health literacy were analyzed using LISREL. The factors associated with health literacy among Thai elders were determined using a multiple linear regression model.

The results showed that the health literacies of the subject were in the level of functional (99.5%) and interactive (0.5%). The factors statistically significant associated with the health literacy among Thai elders were age (p-value=0.001), sex (p-value=0.013), education (p-value<0.001), vision ability (p-value=0.003), writing ability (p-value<0.001), caretaker (p-value=0.005), right to medical treatment (p-value=0.041), frequency of participating the senior citizens club activities (p-value <0.001), and travelling to senior citizens club (p-value=0.007). In addition, the tool developed in this study was reliable and feasible for assessing the health literacy among Thai elders because 1) the mean item difficulty was in the range of ease to nearly difficulty, 2) the mean item discrimination was in the range of fair to excellence and 3) the reliability was in the range of fair to high.

Therefore, the factors associated and the level of elders-health literacy should be taken into account for health services and health promoting activity management. The health literacy tool developed in this study is adequately effective for the aging health sectors to use as an evaluation tool.

Department: Preventive and Social Medicine Student's Signature

Field of Study: Health Research and Management Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

Academic Year: 2014

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.สรันยา เสงพะพรหม และอาจารย์ ดร.นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ประธานกรรมการสอบและคณะกรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความคิดเห็นในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุจันทร์เกษม เขตบางซื่อที่กรุณาให้ความร่วมมือในขั้นตอนการทดสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี, 56 ทับเจริญ และ 25 ห้วยขวางและเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ทุนวิจัย และทำยที่สุด ขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนสนิท และเพื่อนนิสิต ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
สารบัญภาคผนวก.....	ท
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย	6
คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
แนวทางการดำเนินการวิจัย	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ส่วนที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพ.....	10
ส่วนที่ 2 ประเภทและเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ.....	12
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
ส่วนที่ 4 เทคนิคเดลฟาย	22

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	24
ระเบียบวิธีวิจัย	24
ประชากร.....	24
วิธีดำเนินการวิจัย	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ	43
1.1 การพัฒนาเครื่องมือ “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ”	43
1.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	44
1.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพ	54
1.4 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ	57
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ระยะที่ 2 การนำเครื่องมือไปใช้และประเมินผล	58
2.1 คุณลักษณะประชากรและปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ	58
2.2 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	75
2.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ	86
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	99
สรุปผลการศึกษา.....	99
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย.....	111
ข้อจำกัดในงานวิจัย.....	112
ข้อเสนอแนะ	113

รายการอ้างอิง	116
ภาคผนวก.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	201



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam	15
ตารางที่ 3.1	รายชื่อชมรมผู้สูงอายุและจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละชมรมตามแขวงของ กรุงเทพมหานครที่สุ่มเลือกได้	26
ตารางที่ 4.1	ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) รายชื่อขององค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	46
ตารางที่ 4.2	ค่าอำนาจจำแนก (D) รายชื่อขององค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	47
ตารางที่ 4.3	ค่าอำนาจจำแนก (D) รายชื่อขององค์ประกอบด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	48
ตารางที่ 4.4	ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) รายชื่อขององค์ประกอบด้านการตัดสินใจ.....	50
ตารางที่ 4.5	ค่าอำนาจจำแนก (D) รายชื่อขององค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง	51
ตารางที่ 4.6	ค่าอำนาจจำแนก (D) รายชื่อขององค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ	52
ตารางที่ 4.7	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพของแต่ละองค์ประกอบ	55
ตารางที่ 4.8	ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ	57
ตารางที่ 4.9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและชมรมผู้สูงอายุ	58
ตารางที่ 4.10	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและระดับการศึกษา.....	59
ตารางที่ 4.11	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา.....	59
ตารางที่ 4.12	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศาสนาและสถานภาพสมรส.....	62
ตารางที่ 4.13	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพหลักในปัจจุบันและในอดีต	63
ตารางที่ 4.14	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับรายได้และความพอเพียงของรายได้.....	64
ตารางที่ 4.15	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว อาการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และการรักษา	65

ตารางที่ 4.16	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การพูด การอ่าน และการเขียน	67
ตารางที่ 4.17	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะครอบครัวและการอยู่อาศัย.....	68
ตารางที่ 4.18	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลและผู้เตรียมอาหาร	69
ตารางที่ 4.19	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาลและสถานบริการที่ไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด	70
ตารางที่ 4.20	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วม	71
ตารางที่ 4.21	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ วิธีเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุและระยะเวลาเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ.....	73
ตารางที่ 4.22	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลำดับการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ.....	74
ตารางที่ 4.23	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลำดับการเข้าถึงสื่อ ในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์	74
ตารางที่ 4.24	จำนวนและร้อยละของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง	76
ตารางที่ 4.25	จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	77
ตารางที่ 4.26	จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
ตารางที่ 4.27	จำนวนและร้อยละของระดับการให้เหตุผลด้านการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง	80
ตารางที่ 4.28	จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	81
ตารางที่ 4.29	จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มตัวอย่าง.....	82
ตารางที่ 4.30	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	84

ตารางที่ 4.31 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ ในเขต
กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ 84

ตารางที่ 4.32 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามชมรมผู้สูงอายุ..... 85

ตารางที่ 4.33 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากรกับระดับคะแนนความ
ฉลาดทางสุขภาพ 86

ตารางที่ 4.34 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านครอบครัวกับระดับคะแนนความฉลาดทาง
สุขภาพ..... 89

ตารางที่ 4.35 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมกับระดับคะแนนความฉลาดทาง
สุขภาพ..... 90

ตารางที่ 4.36 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านอายุการเป็นสมาชิกชมรมและด้านการเข้าร่วม
กิจกรรมของชมรมกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ 91

ตารางที่ 4.37 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการเดินทางมาชมรมกับระดับคะแนนความ
ฉลาดทางสุขภาพ 92

ตารางที่ 4.38 ค่า Tolerance และค่า VIF ของตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายคะแนนความฉลาดทาง
สุขภาพ..... 93

ตารางที่ 4.39 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ วิธีการคัดเลือกแบบลำดับขั้น (stepwise
selection)..... 95

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 3.1 ขั้นตอนการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง	26
รูปที่ 4.1 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง ยืนยัน	56



สารบัญภาคผนวก

ภาคผนวก ก	เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	123
ภาคผนวก ข	เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย First Extention.....	124
ภาคผนวก ค	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	125
ภาคผนวก ง	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	129
ภาคผนวก จ	หนังสือรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร.....	131
ภาคผนวก ฉ	เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคนกรุงเทพมหานคร.....	132
ภาคผนวก ช	หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน คนกรุงเทพมหานคร.....	135
ภาคผนวก ซ	รายนามผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิของงานวิจัย	137
ภาคผนวก ฌ	ร่างแนวคำถามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1.....	138
ภาคผนวก ฎ	ผลกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1.....	141
ภาคผนวก ฏ	แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการรับฟังความคิดเห็น จากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2 และ 3.....	154
ภาคผนวก ฐ	ผลกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2	157
ภาคผนวก ฑ	ผลกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3.....	163
ภาคผนวก ท	แบบประเมินคุณภาพของแบบทดสอบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	167
ภาคผนวก ธ	ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา.....	179
ภาคผนวก ด	ผลการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อคำถาม	180

ภาคผนวก ด	แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	183
ภาคผนวก ต	ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบ ในระยะการทดสอบเครื่องมือ	192
ภาคผนวก ถ	ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ ในระยะการทดสอบเครื่องมือ	199
ภาคผนวก ท	ผลการจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ในระยะการทดสอบเครื่องมือ	200



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขเจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างประชากร โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายลดลง ในช่วง 30 ปีแรกของการจัดทำสำมะโนประชากร สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ โดยเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ.2503 เป็นร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ.2513 และเปลี่ยนเป็นร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ.2523 สัดส่วนของผู้สูงอายุเริ่มเพิ่มสูงขึ้นด้วยอัตราที่เร็วขึ้นระหว่างช่วงปี พ.ศ.2523 ถึง พ.ศ.2543 โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ.2543 นอกจากนี้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.2573 สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2573 กล่าวคือคิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรไทยทั้งประเทศ [1] ซึ่งปัจจุบันทำให้ประเทศไทยก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติได้ให้คำจำกัดความของการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) ว่าหมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรรวม และจะปรับตัวเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) เมื่อประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 [2]

ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลกระทบต่ออัตราส่วนการพึ่งพิงกลุ่มวัยแรงงานที่จะต้องดูแลประชากรวัยเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพจะสูงขึ้นจากรูปแบบภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อัลไซเมอร์ ต้อกระจก และภาวะทางทันตกรรม รวมทั้งการเผชิญกับภาวะทุพพลภาพในระยะยาวจะมีแนวโน้มสูงขึ้น สวัสดิการทางสังคมที่รัฐต้องดูแลผู้สูงอายุจะทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น นอกจากนี้จากลักษณะโครงสร้างครอบครัวไทยที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง อันเป็นผลพวงมาจากการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตตามลำพัง การได้รับการดูแลและช่วยเหลือก็ลดลงน้อยลง ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในอนาคต [3]

ปัจจุบัน แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิ (primary care) และงานสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) โดยประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้ 1) การเข้าถึงบริการ (accessibility) 2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity) 3) การบริการแบบผสมผสาน (integrated care) 4) การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) 5) การประสานการดูแล (co-ordination care) และ 6) การเสริมพลังชุมชน (community empowerment) [4] จากการทบทวนบทเรียน/รูปธรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าลักษณะกิจกรรมจะมุ่งเน้นเรื่อง เวทีประชาคม เพื่อหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพบมากในเกือบทุกโครงการ ส่วนด้านการให้ความรู้ และพัฒนาศักยภาพ มักจะใช้วิธีการอบรมให้ความรู้ การจัดเวที แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งหลักๆเป็นการอบรมแกนนำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อบรมผู้ดูแลที่เป็นสมาชิก อสม. อบรมคนในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล กิจกรรมบริการส่วนมากที่พบคือ การเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำ อสม. แกนนำสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสม. [5] ส่วนจุดอ่อน/ปัญหาที่ยังคงมีอยู่ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้องชัดเจน ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา [3] นอกจากนี้การจัดกิจกรรมดังกล่าวอาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความฉลาดทางสุขภาพและความช่วยเหลือในระดับต่างๆ นอกจากนี้ยังไม่ทราบปัจจัยที่จะส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ อันจะส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขาดความสมบูรณ์ การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถทำได้โดยการใช้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974 [6] และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน [7]

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค ไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 [8] บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสาร และการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค [9] รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า [10] และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง [11] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น [12] ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น [13] จากกรอบการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของ Manganello พบว่าปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม จะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ [14] ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา [15] หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Nutbeam ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร

(communication activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษา ทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง [16]

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยการพัฒนาเครื่องมืออ้างอิงจากแนวคิดของ Nutbeam [17] ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communicative skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การจัดการตนเอง (self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากรและผลของการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดมาตรการหรือชุดกิจกรรม (intervention) ที่เหมาะสมกับบริบทของวัยผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการพัฒนาดัชนีชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินการผ่านกระบวนการสุขศึกษาหรือผ่านกิจกรรมอื่นๆ [9] นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับกรอบการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 หมวดผู้สูงอายุ ในประเด็นการบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ โดยได้ผลิตเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับสังคมไทยที่สามารถนำไปใช้แยกกลุ่มผู้สูงอายุตามสุขภาพและความต้องการการช่วยเหลือในระดับต่างๆ [18] และสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์งานวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ของสภาวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2556 กรอบชุดโครงการวิจัยเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่อสังคมผู้สูงอายุ ประเด็นการพัฒนาเทคโนโลยี หรือเครื่องมือในการดูแล ฝึกระวังผู้สูงอายุ การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้สามารถพึ่งตนเอง หรือลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ [19]

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยควรมีลักษณะอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัย

ประชากรในการวิจัย พาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (independent variables) ประกอบด้วย ตัวแปรใน 6 ปัจจัย ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน และความสามารถในการเขียน
- 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแล และผู้เตรียมอาหาร
- 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล และสถานบริการที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย
- 4) ปัจจัยด้านอายุการเป็นสมาชิกชมรม ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม
- 5) ปัจจัยด้านการเข้า

ร่วมกิจกรรมของชมรม ได้แก่ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และกิจกรรมของชมรมที่เข้าร่วม และ 6) ปัจจัยด้านการเดินทางมาชมรม ได้แก่ การเดินทางมาชมรม วิธีเดินทางมาชมรม และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

แนวทางการคัดเลือกตัวแปรอิสระ ผู้วิจัยคัดเลือกจากการทบทวนวรรณกรรม และบางตัวแปรเป็นตัวแปรใหม่ที่ไม่ซ้ำกับตัวแปรของงานวิจัยในอดีต ที่สามารถนำมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ โดยอาจได้ข้อค้นพบที่แตกต่างจากเดิมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ [20]

2. ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อมูลได้มาจากการสัมภาษณ์ อาจทำให้เกิดอคติที่เกิดจากตัวผู้สัมภาษณ์

แนวทางการแก้ไข คือ การประชุมชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลให้กับผู้ช่วยนักวิจัย และจัดทำเอกสารชี้แจงสำหรับผู้ช่วยนักวิจัย

คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุไทย หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งทักษะการสื่อสาร เพื่อสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยปรับและอ้างอิงจากแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [21]

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ

ทักษะความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริษัท ของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อ แก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต

ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ต่อยอดและรณรงค์ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความ น่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อ กระตุ้น ชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม

ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการคิด วิเคราะห์ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจาก ทางเลือกที่มีอยู่

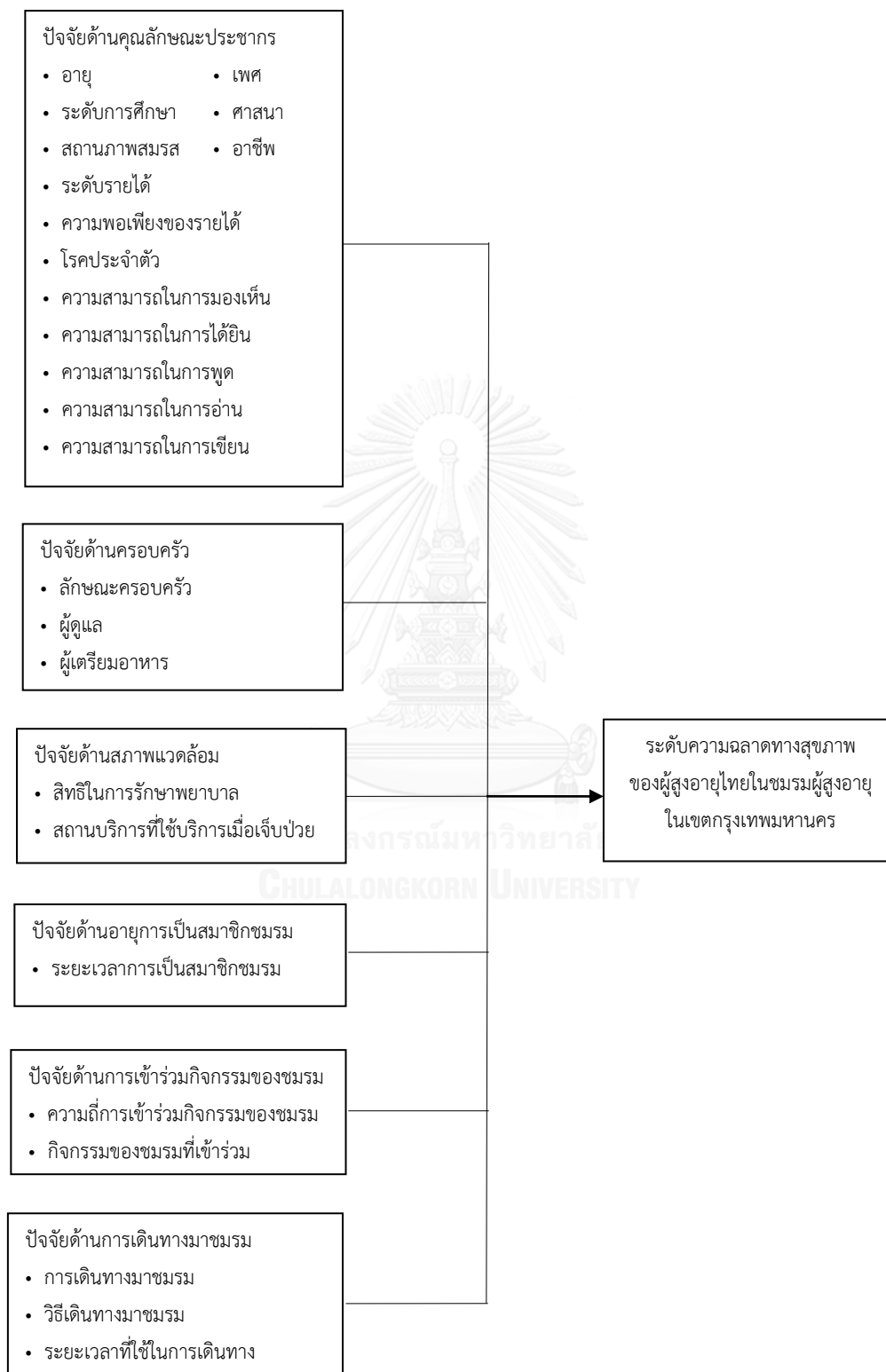
ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการ ทักษะและกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งเน้น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองและอื่นๆ ที่นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการใช้ ทักษะในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระ หรือสิ่งที่สื่อนำเสนอ และสามารถ ตีความเนื้อหาในสาระที่แฝงอยู่ในสื่อและสามารถประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้

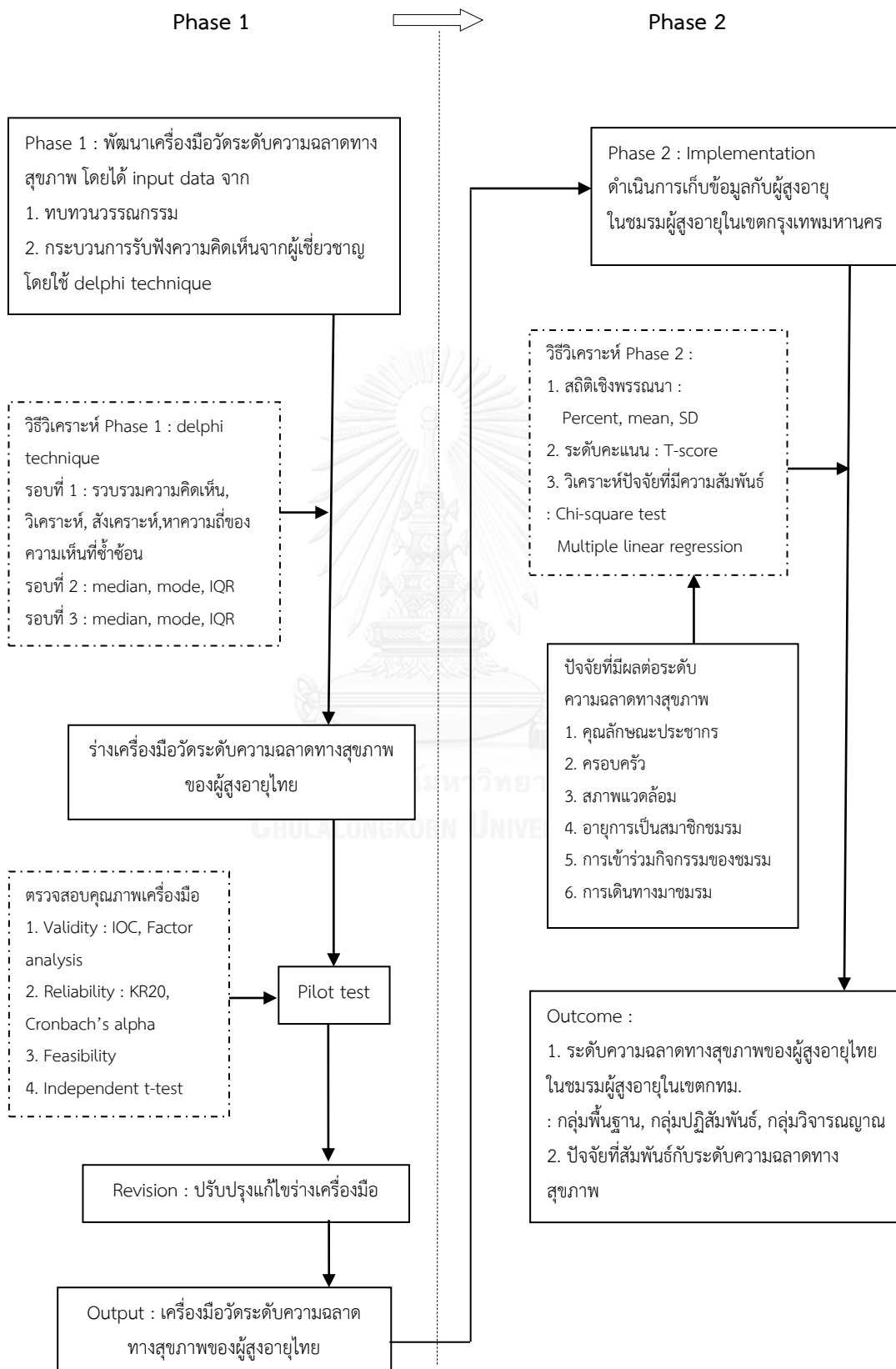
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อ นำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุในระดับประเทศต่อไป
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับความฉลาดทางสุขภาพไปจัดประเภท บริการ หรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
3. ได้ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูล สำคัญที่จะใช้ในการพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แนวทางการดำเนินการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อที่ศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ประเภทและเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 เทคนิคเดลฟาย

ส่วนที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) จากการทบทวนเอกสารพบว่ามีข้อกำหนดนิยามและความหมายของ health literacy ไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามไว้ในปี ค.ศ.1998 [22] ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลนิยามดังกล่าวโดยใช้ชื่อว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” โดยมีเนื้อหา ดังนี้ “ความแตกฉานด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” [23]

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association : AMA ให้คำนิยามว่า “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ” [24]

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine : IOM นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” [25]

Nutbeam นิยามไว้ดังนี้ 1) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและ

แรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง”[16] 2) “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” [17] และ 3) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” [26]

การใช้คำเรียก “health literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทยมีหลายคำ ดังนี้

1. **ความแตกฉานด้านสุขภาพ** ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยาม [23]

2. **ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ** เป็นคำที่สอดรับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการเรียนรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [7]

3. **ความฉลาดทางสุขภาวะ** เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [27]

4. **ความฉลาดทางสุขภาพ** เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง health literacy เพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และกำหนดคำนิยามไว้ว่า “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี” [21]

การกำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ ส่วนใหญ่จะถูกกำหนดตามคำนิยามหรือความหมาย ดังนี้

Berkman [24] ได้กำหนดคุณลักษณะของ health literacy ได้แก่

1. ความสามารถในระดับเฉพาะบุคคลในการอ่าน การบันทึก และทักษะด้านตัวเลข
2. ความสามารถในการสื่อสาร
3. ทักษะในการรู้เท่าทันสื่อและคอมพิวเตอร์
4. แรงจูงใจในการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ โดยที่ไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

Nutbeam [17] ได้จำแนกระดับ health literacy ไว้ 3 ระดับ ได้แก่

1. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (basic / functional health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียน ข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

2. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative / Interactive health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่าง กัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) หมายถึง ทักษะทาง ปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุม จัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

นอกจากนี้ Nutbeam เสนอว่า การวัดระดับ health literacy จะประสบความสำเร็จได้ ถ้า มีการออกแบบเนื้อหาและบริบทที่เหมาะสม มีความจำเพาะตามบริบทของช่วงอายุและ ครอบคลุม ตามองค์ประกอบของ health literacy ได้แก่ functional, interactive และ critical health literacy

ส่วนที่ 2 ประเภทและเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วในกลุ่มผู้ใหญ่

1. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine : REALM) [28] เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของ ผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มี ระดับการอ่านที่จำกัด เพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม แบบประเมิน REALM นี้ ประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่ายจำนวน 125 คำ วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตาม จำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย ผู้ป่วยจะถูกขอให้อ่านคำทั้งหมดดังๆ โดยจะให้คะแนนตามการอ่าน ออกเสียงที่ถูกต้อง เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบนี้ประมาณ 3 – 5 นาที

2. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adult Literacy : S-REALM) [29] เครื่องมือนี้ คล้ายกับแบบประเมิน REALM ที่ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับมากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1 – 2 นาที

3. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult : TOFHILA) [30] เป็นเครื่องมือที่วัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลข โดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพ แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจและส่วนการทดสอบด้านตัวเลข ประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบอ่านและทำความเข้าใจเป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5 – 7 คำ ผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบด้านตัวเลข มีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทดสอบประมาณ 22 นาที

4. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult : S-TOFHILA) [30] เครื่องมือนี้คล้ายกับแบบประเมิน TOFHILA ที่วัดการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล โดยทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที

5. แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test : MART) [31] เครื่องมือนี้มีความคล้ายกับแบบประเมิน REALM ที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ แบบทดสอบถูกออกแบบโดยคำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคนไม่สามารถอ่านได้ ได้แก่ คำที่ใช้ในทางการแพทย์ หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา หรือแผ่นพับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาในคำที่ไม่สามารถอ่านได้ โดยใช้คำศัพท์ทางการแพทย์จำนวน 42 คำ ระยะเวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 3 – 5 นาที

6. แบบทดสอบเพื่อการคัดกรองผู้มีข้อจำกัดด้านการอ่านและความเข้าใจของผู้ป่วยในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (The Newest Vital Sign : NVS) [32] เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 3 – 5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมินซึ่งมาจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ แบบทดสอบนี้ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ที่ต่ำ

7. แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ภาษาสเปนในการพูดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adult : SAHLSA) [33] เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้ภาษาสเปนเป็นหลัก ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน REALM และทำการแปลเป็นภาษาสเปน ประกอบด้วยการประเมินการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวน 50 คำ และใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาทดสอบประมาณ 3 – 6 นาที

8. แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Health Literacy Scales : eHEALS) [34] เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อใช้วัดความสามารถของบุคคลในการใช้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มประชากรในภาพรวม ข้อคำถามประกอบด้วย 6 องค์กรประกอบ คือ Traditional, Information, Health, Computer, Media และ Scientific literacy ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ

การจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ [35] กำหนดแนวทางการจำแนกตามแนวคิดของ Nutbeam [17] รายละเอียดดังตารางที่ 2.1

แนวทางการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากรายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 [35] พบว่าแบบทดสอบ 4 ด้านจาก 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเที่ยงสูงมาก (0.86) จึงเป็นแบบทดสอบที่เชื่อมั่นได้ สามารถนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนได้ทั้งฉบับ แสดงว่าองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam [17] มีความเหมาะสมกับองค์ประกอบของความฉลาดเกี่ยวกับโรคอ้วนในบริบทของประเทศไทย ส่วนองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน มีค่าความยากเฉลี่ยรายชื่อในระดับค่อนข้างยาก

มีค่าอำนาจจำแนกระดับปานกลาง แต่มีค่าความเที่ยงไม่สูงมาก ($KR\ 20 = 0.53$) ดังนั้นก่อนที่จะนำไปใช้จึงควรปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้มีค่าอำนาจจำแนกเพิ่มขึ้น ส่วนองค์ประกอบด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ มีค่าอำนาจจำแนกต่ำและมีค่าความเที่ยงต่ำ แสดงว่าแบบทดสอบยังต้องการพัฒนาเพื่อเพิ่มความสามารถในการจำแนก

ตารางที่ 2.1 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเพิ่มความฉลาด ทางสุขภาพ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (functional health literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)
1. การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพ (access)	มีความสามารถในการ เลือกแหล่งข้อมูล สุขภาพ รู้วิธีการในการ ค้นหาและการใช้ อุปกรณ์สืบค้น อาทิ คอมพิวเตอร์ ระบบ ห้องสมุด ฯลฯ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ระดับพื้นฐานและมี ความสามารถในการค้นหา ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและ ทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ตรวจสอบข้อมูลจากหลาย แหล่งจนข้อมูลมีความ น่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้
2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)	การรู้และการจำ ประเด็นเนื้อหาสำคัญ ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ มีสุขภาพดี	มีความรู้ความเข้าใจ ระดับพื้นฐานและสามารถ อธิบายถึงความเข้าใจในการ จะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่าง ถูกต้อง	มีความรู้ความเข้าใจระดับ ปฏิสัมพันธ์และสามารถ วิเคราะห์หรือเปรียบเทียบ อย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนว ทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill)	มีความสามารถในการ สื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสาร ระดับพื้นฐานและสามารถ สื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับ ปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าว ให้ผู้อื่นยอมรับแนว ทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	มีความสามารถในการ กำหนดทางเลือกและ ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/ เลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับพื้นฐานและมี ความสามารถในการใช้ เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี- ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติซึ่ง เป็นทางเลือกที่เหมาะสม	มีทักษะการตัดสินใจระดับ ปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดง ทางเลือกที่เกิดผลกระทบ น้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือ แสดงข้อมูลที่หักล้างความ เข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเพิ่มความฉลาด ทางสุขภาพ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (functional health literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)
		เพื่อให้มีสุขภาพดี	
5.การจัดการตนเอง (self- management)	มีความสามารถในการ กำหนดเป้าหมายและ วางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับพื้นฐานและสามารถทำ ตามแผนที่กำหนดโดยมี เป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ทบทวนวิธีการปฏิบัติตน ตามเป้าหมายเพื่อนำมา ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้อง
6.การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)	มีความสามารถในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลที่ื่อนำเสนอเพื่อ นำมาใช้ในการดูแล สุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐาน และสามารถเปรียบเทียบวิธีการ เลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ ของตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ประเมินข้อความสื่อเพื่อ ชี้แนะแนวทางให้กับ ชุมชนหรือสังคม

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gazmararian et al. (1999) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในโครงการสวัสดิการสังคม ซึ่งมีการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาสเปน โดยใช้แบบวัด S-TOFHLA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ แตกต่างตามตัวแปรสำคัญได้แก่ เชื้อชาติ ภาษาหลักที่ใช้ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ คนผิวดำ สูงอายุ หรือมีอายุมากกว่า 85 ปี และมีระดับการศึกษาต่ำ ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุได้ [13]

Bostock and Steptoe (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและอัตราการตายของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ โดยความฉลาดทางสุขภาพใช้การประเมินความสามารถในการอ่านและการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ โดย

ความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น ข้อจำกัดของการศึกษานี้คืออคติที่เกิดจากผู้ที่ไม่ได้ถูกประเมิน (non-response bias) ได้แก่ ผู้ที่มีระดับการคิดอ่านที่ต่ำ จะพยายามปิดบังความยากลำบากในการอ่านของตน [36]

Kim (2009) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี โดยใช้แบบทดสอบวัดความฉลาดทางสุขภาพและแบบวัดสถานะทางสุขภาพสำหรับชาวเกาหลี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ มีอัตราการเป็นโรคปวดข้อและความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากควบคุมตัวแปรด้านอายุ การศึกษา และรายได้แล้ว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ มีข้อจำกัดสูงในการทำกิจกรรมและมีสุขภาพส่วนบุคคลที่ต่ำกว่า ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และสถานะสุขภาพได้ และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุในศูนย์สังคมนาเคราะห์ทำให้ไม่สามารถขยายผลไปยังประชากรทั่วไปได้ [37]

Sudore et al. (2006) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุและความแตกต่างในสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพในรัฐเพนซิลเวเนีย โดยใช้ REALM ในการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,512 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 75.6 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 52 มีผิวดำร้อยละ 38 มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำร้อยละ 24 หลังจากควบคุมตัวแปรด้านประชากรสังคม ความสัมพันธ์ยังคงอยู่ระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกับตัวแปรเพศชาย ผิวดำ รายได้ต่ำ ระดับการศึกษา โรคเบาหวาน อาการซึมเศร้า และสถานะสุขภาพที่ประเมินตนเองที่ต่ำหรือปานกลาง และหลังจากควบคุมตัวแปรด้านประชากรสังคม สถานะสุขภาพ และโรคที่เกิดร่วมกันแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการอ่านที่เกรด 6 หรือต่ำกว่า มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่ำกว่าประมาณ 2 เท่า ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุได้ และการตอบแบบวัดด้วยตนเองทำให้เกิดอคติจากความทรงจำ (recall bias) นอกจากนี้การศึกษาใน 2 เมืองของประเทศสหรัฐอเมริกา อาจไม่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ของประเทศได้ [38]

Chen et al. (2013) ศึกษาผลของความฉลาดทางสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้ทุกวัน โดยสร้างแบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพผ่านการให้ความรู้และการใช้กระบวนการคิด ส่วนการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคใช้แบบจำลอง SEM (structure equation modeling) ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลอง SEM เข้ากันได้ดี ซึ่งบ่งชี้ว่าการสร้างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพมีความเหมาะสม ระดับความฉลาดทางสุขภาพแสดงให้เห็นผลทางบวกปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลทางบวกเล็กน้อยต่อการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง

และการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการวัดความรู้เรื่องโรคเพียง 3 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีความรู้เรื่องโรคอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ และการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ตีค่าและผลการศึกษาสูงเกินควร [39]

Kim and Yu (2010) ศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี โดยใช้ K-TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพทางกายและทางสุขภาพจิตที่ไม่ดี ผลของความฉลาดทางสุขภาพต่อสถานะสุขภาพทางกายและทางสุขภาพจิตถูกสื่อผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุได้ ส่วนการวัดความฉลาดทางสุขภาพมุ่งเน้นที่ความสามารถในการอ่านและการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยไม่ได้รวมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจเข้าด้วยกัน [40]

Ayotte et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้ REALM และ TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาเมื่อควบคุมตัวแปรผู้ป่วยรายใหม่พบว่า สถานะทางการเงิน เชื้อชาติ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับการระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพผ่านความฉลาดทางสุขภาพ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นสัมพันธ์โดยตรงกับการระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ อายุที่เพิ่มขึ้นไม่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพแต่สัมพันธ์กับการระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพที่ไม่ดี ผลการศึกษานี้ชี้แนะว่าความฉลาดทางสุขภาพอาจเป็นหนึ่งในกลไกที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีอาจเนื่องมาจากระลึกถึงวิธีการสอนที่ไม่ถูกต้อง ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุได้ และอาจเกิดอคติจากความทรงจำ (recall bias) [41]

Edwards et al. (2012) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแบบจำลองการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 18 คน รวม 3 ครั้ง ในระยะเวลา 9 เดือน ผลการศึกษพบว่าแบบจำลองสามารถอธิบายถึงความฉลาดทางสุขภาพสามารถพัฒนาขนานไปกับการพัฒนาความรู้ ทักษะของความฉลาดทางสุขภาพและการฝึกฝน ความสามารถในการแสวงหาทางเลือกและร่วมตัดสินใจ แรงกระตุ้นและอุปสรรคที่จะพัฒนาและฝึกฝนทักษะความฉลาดทางสุขภาพสะท้อนให้เห็นคุณลักษณะบางประการของอาสาสมัคร แต่ก็ขึ้นอยู่กับภารกิจโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพด้วย อาสาสมัครบางส่วนพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพไปจนถึงจุดซึ่งพวกเขา กลายมามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีความเชี่ยวชาญและร่วมตัดสินใจ ข้อจำกัดของ

การศึกษานี้คือ การติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้เวลาเพียง 20 สัปดาห์ หากใช้เวลาติดตามนานกว่านี้จะเห็นการพัฒนาและการดำรงอยู่ของความฉลาดทางสุขภาพได้ดีมากขึ้น [42]

von Wagner et al. (2007) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชาวอังกฤษในการสำรวจระดับชาติ โดยใช้ British-TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างชาวอังกฤษ อายุระหว่าง 18 - 90 ปี (อายุเฉลี่ย 47.6 ปี) มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำร้อยละ 11 ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น รายได้น้อย และเป็นเพศชาย นอกจากนี้ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำยังมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่น้อยกว่าและการประเมินสุขภาพตนเองที่ต่ำกว่าด้วย ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ส่วนการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดด้วยตนเองทำให้ต้องพิจารณาผลที่ได้อย่างรอบคอบ [43]

Jovic-Vranes et al. (2009) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่งของเมืองเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย โดยใช้ TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและระดับต่ำร้อยละ 41 และในระดับที่เพียงพอร้อยละ 59 ระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแหล่งที่ตั้ง เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพ การรับรู้สุขภาพของตนเอง และการมีภาวะโรคเรื้อรัง ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับอายุของอาสาสมัคร ระดับการศึกษาและการมีภาวะโรคเรื้อรัง ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการศึกษานี้การศึกษาเฉพาะเมืองหนึ่งในเซอร์เบีย และจำกัดอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ไม่สามารถขยายผลสิ่งที่พบไปยังเมืองอื่นและประชากรหน่วยอื่นๆได้ ตลอดจนจนเป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้ [44]

Ozdemir et al. (2010) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ใหญ่ชาวตุรกี โดยใช้ REALM และ NVS ที่ถูกแปลเป็นภาษาตุรกีในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาของ REALM พบว่าอาสาสมัครมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 2.7 ระดับต่ำร้อยละ 38.6 และในระดับที่เพียงพอร้อยละ 58.7 ส่วนผลของ NVS พบว่าอาสาสมัครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอร้อยละ 28.1 ระดับการศึกษาเป็นคุณลักษณะประชากรที่สำคัญที่สุดที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ การอ่านและทักษะด้านคำศัพท์มีมากกว่าความสามารถทางตัวเลข ส่วนอาสาสมัครเพศหญิง สูงอายุ เรียนจบชั้นประถมศึกษา และมีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีคะแนนต่ำที่สุดทั้ง REALM และ NVS ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือการศึกษาในพื้นที่นอกเมืองทำให้ไม่สามารถ

ขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้ และการไม่ได้ตรวจสอบความแม่นยำ (validate) ของเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาตุรกีที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ [45]

Federman et al. (2009) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและความสามารถในการรู้คิด (cognitive performance) ของผู้สูงอายุในนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 414 คน โดยใช้ S-TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ส่วนความสามารถในการรู้คิดใช้การทดสอบสุขภาพทางจิตเบื้องต้น (The Mini Mental State Examinations : MMSE) ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 24.3 คะแนนความสามารถด้านรู้คิดที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความฉลาดทางสุขภาพระดับที่ไม่เพียงพอ เช่น ความจำเฉพาะหน้า การดึงความจำกลับมาได้ช้า และความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ซึ่งทำให้เกิดอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (recruitment bias) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีความแตกต่างทางเชื้อชาติ เศรษฐฐานะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างสูง [46]

Howard et al. (2006) ศึกษาผลกระทบของความฉลาดทางสุขภาพต่อความแตกต่างในสถานะเศรษฐกิจสังคมและเชื้อชาติของประชากรสูงอายุในสหรัฐอเมริกาจำนวน 3,260 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังจากควบคุมตัวแปรด้านประชากรศาสตร์และตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อาสาสมัครที่ไม่ได้เรียนระดับมัธยมปลายมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่แย่กว่า มีการรายงานสถานะสุขภาพตนเองที่แย่กว่ากลุ่มที่เรียนจบระดับมัธยมปลาย ความฉลาดทางสุขภาพลดความแตกต่างเหล่านี้ได้ร้อยละ 22 – 41 อาสาสมัครมีตัวชี้วัดสถานะสุขภาพที่ประเมินตนเองที่แย่กว่า ป่วยเป็นไข้หวัดและมีอัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบน้อยกว่า ข้อจำกัดของการศึกษานี้คืออัตราการตอบกลับ (response rate) น้อยกว่าร้อยละ 60 แบบประเมิน S-TOFHLA ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ (เช่น oral literacy) ส่วนความตรงภายนอก (external validity) ถูกจำกัดโดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุในโครงการประกันสุขภาพในตอนที่และตะวันตกของสหรัฐอเมริกา [47]

Li et al. (2009) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจีนเชื้อสายเกาหลีที่อาศัยอยู่ที่เมือง Yanbian ของประเทศจีน โดยใช้แบบสอบถามของกระทรวงสาธารณสุขของจีนในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูงร้อยละ 68.7 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคุณลักษณะทั่วไปและสถานะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ครอบครัว การสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ด้านผลของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณสำหรับปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพแสดงให้เห็นว่าระดับสถานะสุขภาพที่ประเมินตนเองมีอิทธิพลมากที่สุด ตามมาด้วยความ

ฉลาดทางสุขภาพ อายุ และเพศ ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ สถานะสุขภาพได้ [48]

Lee et al. (2010) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ สถานะสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ของชาวไต้หวัน จากการสำรวจระดับชาติ โดยใช้ Mandarin health literacy scale ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ใหญ่ชาวไต้หวันร้อยละ 30 มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุมาก การศึกษาน้อย รายได้ครัวเรือนต่ำ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ประชากรน้อย ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพจิตที่ไม่ดี โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพหลังจากที่ได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ สถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพได้ [49]

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงาน สร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดราชบุรี เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส และแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัย เพศ ช่วงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายก่อนเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ส่วนในเรื่องของการจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรม 2 ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องยุ่งยากและแก้ไขได้ยากที่จะจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือศึกษาเฉพาะในจังหวัดราชบุรีแห่งเดียว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น [50]

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุฉ่ำ (2554) ศึกษาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1) ผลการศึกษาพบว่า โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดย 4 องค์ประกอบจาก 6 องค์ประกอบสำคัญที่มีความเหมาะสมสูงคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเที่ยงตรงทั้งฉบับในระดับสูงมาก ($r=0.86$) และมีอำนาจจำแนกดีมาก สามารถใช้จำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐานสามารถเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศที่สะท้อนถึงสุขภาพที่ดีของประชาชนและบอกเป้าหมายของการ

ดำเนินงานสาธารณสุขได้ อันจะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพในโรคที่ป้องกันได้ ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือใน 2 องค์ประกอบที่เหลือยังมีความต้องการการพัฒนาเพิ่ม คือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน และองค์ประกอบด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ [35]

ส่วนที่ 4 เทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) คือ กระบวนการรวบรวมหรือสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยที่ผู้เชี่ยวชาญมีอิสระในการออกความเห็นและปราศจากการเผชิญหน้าโดยตรงของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ [51]

คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย

1. เป็นวิธีการที่มุ่งแสวงหาข้อมูลจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยใช้แบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญจึงจำเป็นต้องตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นในแต่ละรอบ ข้อค้นพบที่ได้จากมติของผู้เชี่ยวชาญจะมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือก็ต่อเมื่อผู้เชี่ยวชาญกลุ่มดังกล่าวเป็นผู้ที่มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาอย่างแท้จริง

2. เป็นวิธีที่ไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆ มีอิทธิพลต่อการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน ผู้เชี่ยวชาญจึงไม่ทราบว่ามีผู้ใดบ้างที่อยู่ในกลุ่มของผู้ตอบแบบสอบถามและจะไม่ทราบว่าแต่ละคนมีความคิดเห็นต่อแต่ละข้อคำถามอย่างไร จะทราบเฉพาะคำตอบของตนเองเท่านั้น การเสนอความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจึงมีความเป็นอิสระและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวมากที่สุด

3. ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้แบบสอบถาม โดยหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญเผชิญหน้ากันโดยตรง และเพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ จึงต้องมีการเก็บข้อมูลหลายรอบ โดยทั่วไปรอบแรกมักเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด รอบต่อไปจะเป็นแบบสอบถามปลายปิดและแบบมาตราส่วนประมาณค่าในรอบสุดท้าย

4. ในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบแบบสอบถามด้วยการกลั่นกรองอย่างละเอียดและรอบคอบ และเพื่อให้ได้คำตอบเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดที่เห็นสอดคล้องกันในแบบสอบถามแต่ละข้อที่ตอบกลับไปยังผู้วิจัยในรอบที่ผ่านมา เพื่อนำเสนอในรูปของสถิติ แล้วส่งกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งหนึ่งเพื่อพิจารณาว่าจะยืนยันคำตอบเดิมหรือจะเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ พร้อมระบุเหตุผล

5. การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย จะใช้สถิติเบื้องต้น เช่น การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ฐานนิยม มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และการวัดการกระจายของข้อมูล

ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

1. เป็นวิธีการที่สามารถรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก โดยไม่ต้องมีการพบปะ หรือประชุมกัน ซึ่งเป็นการทุ่นเวลาและค่าใช้จ่าย
2. ข้อมูลที่ได้จะเป็นคำตอบที่น่าเชื่อถือ เพราะเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ อย่างแท้จริงและคำตอบได้มาจากการย้ำถามหลายรอบ
3. ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีโอกาสได้รับทราบผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละรอบและปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนเอง

ข้อจำกัดของเทคนิคเดลฟาย

1. ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือก มิใช่เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในสาขานั้น
2. ผู้เชี่ยวชาญไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. นักวิจัยไม่มีความรู้เพียงพอในการออกแบบข้อคำถาม
4. นักวิจัยขาดความรอบคอบหรือมีความลำเอียงในการพิจารณาคำตอบ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคเดลฟาย เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ในศาสตร์สาขาผู้สูงอายุจำนวนมาก ในการให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยไม่ต้องมีการพบปะหรือประชุมกัน ซึ่งต่างจากเทคนิคการสนทนากลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) โดยเทคนิคเดลฟายผู้เชี่ยวชาญไม่มีโอกาสรู้ว่าในงานวิจัยนี้มีผู้เชี่ยวชาญท่านใดบ้างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามหรือแสดงความคิดเห็น ทำให้สามารถลดความขัดแย้งทางวิชาการระหว่างผู้เชี่ยวชาญ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านไม่มีอิทธิพลต่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) โดยจะเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ในระยะที่หนึ่ง และการศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) ในระยะที่สอง

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (target population) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 12,622 คน [52]

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป นับถึงวันแรกที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้
2. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย
3. สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย โดยประเมินจากการพูดคุยและให้ผู้สูงอายุแนะนำตัว

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
2. ผู้ที่พิการทางการพูดและการได้ยิน

ขนาดตัวอย่าง (sample size)

1. หลังจากทีผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในระยะที่ 1 เสร็จสิ้นตามกระบวนการแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้ (pilot test) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน (รายละเอียดดังตารางในภาคผนวก ต - ท) เพื่อหาค่าความยาก ค่าอำนาจจำแนก ค่าความสามารถในการจำแนก ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ และนำมาคำนวณหาค่าสัดส่วน (proportion) ของผู้สูงอายุที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพที่อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ขึ้นไป พบว่ามีค่าเท่ากับร้อยละ 77 ผู้วิจัยจึงได้นำค่าสัดส่วนที่คำนวณได้นี้ มาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร [53]

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2} \times \text{design effect} + (5\% \text{ ความคลาดเคลื่อน})$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่าสถิติที่ใช้ใน Z-distribution

p = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ขึ้นไป ที่ได้จากการทำ pilot test โดยใช้แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ มีค่าเท่ากับ 0.77

$$q = 1 - p$$

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดไว้ที่ 0.05

design effect = ความแปรปรวนจากการสุ่มตัวอย่าง สันนิษฐานเท่ากับ 2 [54]

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{1.96^2 \times (0.77)(0.23)}{(0.05)^2} \times 2 + (5\%)$$

$$n = 571$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เท่ากับ 571 คน

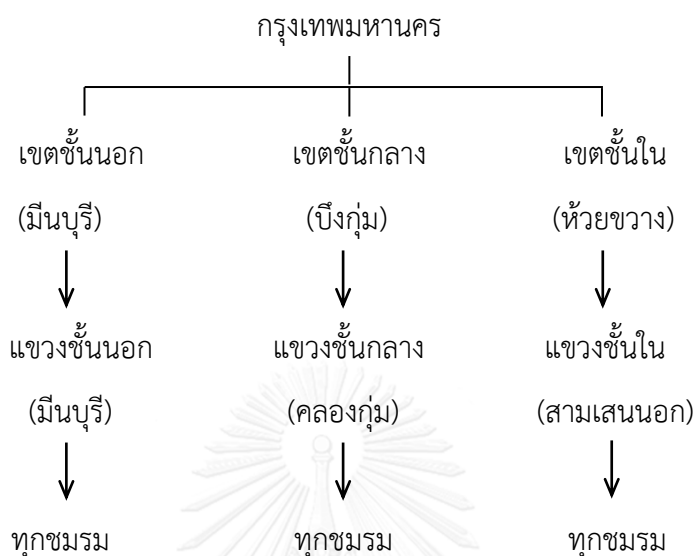
2. การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลการแบ่งเขตของกรุงเทพมหานคร ตามที่ตั้งของพื้นที่ ออกเป็นเขตชั้นนอกที่มีลักษณะคล้ายกับต่างจังหวัด เขตชั้นกลางมีลักษณะคล้ายกับปริมณฑล และเขตชั้นในมีลักษณะคล้ายกับเมืองของกรุงเทพมหานคร ดังนั้นการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุในทั้ง 3 เขต น่าจะสามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุไทยทั่วไปได้ ดังนั้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (รูปที่ 3.1)

ขั้นที่ 1 สุ่มอย่างง่ายเลือกเขตของกรุงเทพมหานคร จากเขตชั้นใน เขตชั้นกลาง และเขตชั้นนอก จำนวนอย่างละ 1 เขต รวม 3 เขต เขตที่สุ่มเลือกได้ ได้แก่ เขตมีนบุรี เขตบึงกุ่ม และเขตห้วยขวาง

ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายเลือกแขวงที่อยู่ในเขตที่สุ่มเลือกได้ จำนวนเขตละ 1 แขวง รวม 3 แขวง แขวงที่สุ่มเลือกได้ ได้แก่ แขวงมีนบุรี แขวงคลองกุ่ม และแขวงสามเสนนอก

ขั้นที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุทุกชมรม (sampling unit) ที่อยู่ในแขวงนั้น โดยแขวงมีนบุรีมี 2 ชมรม แขวงคลองกุ่ม มี 1 ชมรม และแขวงสามเสนนอก มี 1 ชมรมเท่ากัน โดย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมนั้นๆ รวมจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดเท่ากับ 571 คน



รูปที่ 3.1 ขั้นตอนการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุและจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละชมรมตามแขวงของกรุงเทพมหานครที่สุ่มเลือกได้ [52] แสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 รายชื่อชมรมผู้สูงอายุและจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละชมรมตามแขวงของกรุงเทพมหานครที่สุ่มเลือกได้

แขวง	ชื่อชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่สุ่มอย่างง่าย (คน)
มีนบุรี	1.ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี	450	295
	2.ชมรมผู้สูงอายุบ้านบัวขาว	90	
คลองกุ่ม	1.ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ	120	110
สามเสนนอก	1.ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 25 ห้วยขวาง	270	166
รวมทั้งหมด		930	571

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ก. ระยะที่หนึ่ง การพัฒนาเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก.1 การพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีขั้นตอน 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 และทำการสุ่มเลือกผู้เชี่ยวชาญจากแต่ละกลุ่มมาร้อยละ 50 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อเป็น key person ในการร่วมพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพดังกล่าว ซึ่งได้จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 15 ท่าน [55]

3. ดำเนินกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (จากข้อ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) [51] ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำเดลฟาย 3 รอบ รายละเอียด ดังนี้

- 3.1 เดลฟายรอบที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ รอบนี้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ผู้เชี่ยวชาญรายบุคคล โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์โดยละเอียดและนำมาสังเคราะห์เป็นประเด็น โดยพิจารณาตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออก

- 3.2 เดลฟายรอบที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้นำหนักความสำคัญในแต่ละข้อคำถาม ผู้วิจัยนำคำตอบที่วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้จากรอบแรกมาสร้างเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านให้นำหนักความสำคัญในแต่ละข้อ รวมทั้งเหตุผลที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของแต่ละข้อลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตอนท้ายประโยค ทำการส่งแบบสอบถามในรอบนี้ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทางไปรษณีย์ที่สอดซอง จ่าหน้าถึงผู้วิจัยและปิดดวงตราไปรษณีย์ กำหนดเวลาในการส่งคำตอบคืนภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลคำตอบของแต่ละข้อโดยการหาค่ามัธยฐาน (median) ค่าฐานนิยม (mode) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range : IQR)

3.3 เดลฟายรอบที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบหรือเปลี่ยนคำตอบใหม่ ผู้วิจัยนำผลวิเคราะห์ค่าพิสัยควอไทล์ของแต่ละข้อจากรอบที่ 2 มาสรุปความเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ ถ้าค่าพิสัยควอไทล์แคบ แสดงว่า คำตอบที่วิเคราะห์ได้นั้นมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่สอดคล้องกัน ซึ่งถ้าได้ข้อมูลเพียงพอ ผู้วิจัยจะสรุปผลในรอบนี้เลย แต่ถ้าค่าพิสัยควอไทล์กว้าง แสดงว่า คำตอบที่วิเคราะห์ได้ มีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกันหรือต่างกัน จำเป็นต้องสร้างแบบสอบถามขึ้นใหม่เป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 โดยมีข้อความเดียวกันกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยควอไทล์และเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นๆ ได้ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 ลงไป แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนคำตอบใหม่

4. ดำเนินการสร้างเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบเป็น “แบบทดสอบ” เพื่อให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการทำเทคนิค เดลฟายและกรอบการพัฒนาเครื่องมือที่อ้างอิงมาจากรายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 [35]

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการศึกษานี้ จะเรียกว่า “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ” 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 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า

องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า

องค์ประกอบที่ 4 ด้านทักษะการตัดสินใจ มีลักษณะเป็นสถานการณ์สั้น

องค์ประกอบที่ 5 ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า

องค์ประกอบที่ 6 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า

ก.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบที่ได้พัฒนาขึ้น 3 วิธี คือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ตรวจสอบความเป็นไปได้ (feasibility) ในการนำแบบทดสอบไปใช้
3. นำแบบทดสอบไปทดลองใช้จริง (pilot test) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจันทร์เกษม จำนวน 30 คน เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความยาก ค่าอำนาจจำแนก ค่าความสามารถในการจำแนก ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ

รายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการด้านสุขภาพ นักวิชาการด้านการศึกษา และนักวิชาการด้านการวัดและประเมินผล เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพแต่ละข้อว่าตรงตามคุณลักษณะหรือองค์ประกอบที่กำหนดหรือไม่ โดยกำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน +1	เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิแน่ใจว่าวัดได้ตรง
ให้คะแนน -1	เมื่อแน่ใจว่าวัดได้ไม่ตรง และ
ให้คะแนน 0	เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดได้ตรง

หลังจากนั้นนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence : IOC) ถ้าค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนของคุณลักษณะหรือองค์ประกอบที่ต้องการวัด [56]

2. ตรวจสอบความเป็นไปได้ (feasibility) ของเครื่องมือ โดยพิจารณาในประเด็นภาษาที่ใช้ในข้อคำถามควรสั้น กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ความยาก-ง่ายของข้อความหรือภาษาที่ใช้ หลีกเลี่ยงคำที่สื่อความหมายหลายอย่าง หลีกเลี่ยงคำถามที่ทำให้ผู้ตอบเกิดความลำบากใจในการตอบ และเวลาที่เหมาะสมที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละข้อและทั้งหมด

3. การนำแบบทดสอบไปทดลองใช้จริง (pilot test) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจันทร์เกษม แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร เมื่อนำแต่ละองค์ประกอบของแบบทดสอบมาวิเคราะห์หาค่าต่างๆ ได้ดังนี้

3.1 ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (discrimination index : D) และความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ในการศึกษานี้ใช้ทดสอบคุณภาพของแบบทดสอบที่มีลักษณะเป็นคำถามแบบมีตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งได้แก่ แบบทดสอบองค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค โดยกำหนดให้

- ค่าความยาก (p) มีค่าตั้งแต่ 0.0 – 1.0 โดยค่า p ที่เข้าใกล้ 1.0 หมายถึงข้อคำถามนั้นง่าย และค่า p ที่เข้าใกล้ 0.0 หมายถึงข้อคำถามนั้นยาก ซึ่งค่า p ที่ยอมรับได้ ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 – 0.8 [57, 58] ค่าความยากนี้ คำนวณจากสูตร

$$\text{ค่าความยาก} = R/N$$

R = จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบที่ทำข้อนั้นถูก

N = จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบทั้งหมด

เกณฑ์การแปลความหมายค่าความยากของแบบทดสอบ

$$0.80 - 1.00 = \text{ง่าย}$$

$$0.60 - 0.79 = \text{ค่อนข้างง่าย}$$

$$0.40 - 0.59 = \text{ยากพอเหมาะ}$$

$$0.20 - 0.39 = \text{ค่อนข้างยาก}$$

$$0 - 0.19 = \text{ยาก}$$

- ค่าอำนาจจำแนก (discrimination index : D) มีค่าตั้งแต่ (-1.0) – (+1.0) โดยค่า D ที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 – 1.0 [57, 58]

เกณฑ์การแปลความหมายค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบ

$$0.60 - 1.00 = \text{ดีมาก}$$

$$0.40 - 0.59 = \text{ดี}$$

$$0.20 - 0.39 = \text{พอใช้}$$

$$0.10 - 0.19 = \text{ค่อนข้างต่ำ ควรปรับปรุง}$$

$$0 - 0.9 = \text{ต่ำมาก ควรตัดทิ้ง}$$

- ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในโดยวิธี Kuder Richardson (KR 20) โดยค่าความเที่ยงที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป [59]

เกณฑ์การแปลความหมายค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ

$$0.71 - 1.00 = \text{สูง}$$

$$0.41 - 0.70 = \text{พอใช้}$$

$$0.21 - 0.40 = \text{ต่ำ}$$

$$0 - 0.20 = \text{ต่ำมาก / ไม่มี}$$

3.2 ความสามารถในการจำแนก (corrected item – total correlation) และความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ในการศึกษานี้ใช้ทดสอบคุณภาพของแบบทดสอบที่มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า ที่มี 3 ตัวเลือก ซึ่งได้แก่ แบบทดสอบองค์ประกอบที่ 2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 5 ด้านทักษะการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ 6 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยกำหนดให้

- ความสามารถในการจำแนก (corrected item – total correlation) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป จึงจะยอมรับได้ แต่ในการศึกษานี้ใช้ค่าความสามารถในการจำแนกไม่ต่ำกว่า 0.2 เนื่องจากแบบทดสอบนี้มีข้อคำถามน้อย เกณฑ์การแปลความหมายค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบเช่นเดียวกับข้อ 3.1

- ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป เกณฑ์การแปลความหมายค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ เช่นเดียวกับข้อ 3.1

3.3 ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (discrimination index : D) และความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ในการศึกษานี้ใช้ทดสอบคุณภาพของแบบทดสอบที่มีลักษณะเป็นแบบสถานการณ์สั้น ที่มี 2 – 4 ตัวเลือก (คะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน) ซึ่งได้แก่ แบบทดสอบองค์ประกอบที่ 4 ด้านทักษะการตัดสินใจ โดยกำหนดให้

- ค่าความยาก (p) มีค่าตั้งแต่ 0.0 – 1.0 โดยค่า p ที่เข้าใกล้ 1.0 หมายถึงข้อคำถามนั้นง่าย และค่า p ที่เข้าใกล้ 0.0 หมายถึงข้อคำถามนั้นยาก ซึ่งค่า p ที่ยอมรับได้ ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 – 0.8 ค่าความยากนี้ คำนวณจากสูตรของวิทนียและซาเบอร์ [60] ดังนี้

$$\text{ค่าความยาก} = S_H + S_L - (2NX_{\min}) / 2N(X_{\max} - X_{\min})$$

$$S_H = \text{ผลรวมของคะแนนในกลุ่มสูง}$$

$$S_L = \text{ผลรวมของคะแนนในกลุ่มต่ำ}$$

$$N = \text{จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบในกลุ่มเก่ง หรือ กลุ่มอ่อน}$$

X_{\max} = คะแนนสูงสุดในข้อนั้น

X_{\min} = คะแนนต่ำสุดในข้อนั้น

เกณฑ์การแปลความหมายค่าความยากของแบบทดสอบ เช่นเดียวกับข้อ 3.1

- ค่าอำนาจจำแนก (discrimination index : D) มีค่าตั้งแต่ (-1.0) – (+1.0) โดยค่า D ที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 – 1.0 ค่าอำนาจจำแนกนี้ คำนวณจากสูตรของวิทนีย์และซาเบอร์ [60] เช่นกัน ดังนี้

$$\text{ค่าอำนาจจำแนก} = S_H - S_L / N(X_{\max} - X_{\min})$$

เกณฑ์การแปลความหมายค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบ เช่นเดียวกับข้อ 3.1

- ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป เกณฑ์การแปลความหมายค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ เช่นเดียวกับข้อ 3.1

3.4 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL 8.80) เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และถ่วงน้ำหนักของข้อคำถามแต่ละองค์ประกอบ (factor weights)

ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล (fit measure) กับข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง [61, 62] ในการศึกษาครั้งนี้ จะวิเคราะห์ 5 ตัว ได้แก่

3.4.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (chi-square statistics) ใช้ test for goodness of fit ซึ่งโมเดลที่มีแนวโน้มที่จะสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ควรต้องมี

- ผลหารระหว่างค่าไค-สแควร์กับองศาอิสระ (degree of freedom : df) มีค่าไม่เกิน 2

- ค่าไค-สแควร์ควรมีค่าน้อย และเข้าใกล้ศูนย์ให้มากที่สุด และค่า p-value ควรเป็นค่าที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4.2 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index : GFI) มีค่าระหว่าง 0 – 1 ค่า GFI เข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ 0.9 ขึ้นไป

3.4.3 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit index : AGFI) มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ GFI

3.4.4 ดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ (comparative fit index : CFI) มีค่าระหว่าง 0 – 1 ค่า CFI เข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการศึกษาที่ใช้เกณฑ์ 0.9 ขึ้นไป

3.4.5 ค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนจากการประมาณค่า (root mean square error of approximation : RMSEA) เป็นค่าที่แสดงความแตกต่างต่อค่าองศาอิสระ ซึ่งค่า RMSEA ควรน้อยกว่า 0.07 และควรพิจารณาควบคู่กับค่า CFI

3.5 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ (discriminant power) โดยใช้เทคนิคการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของคะแนนกลุ่มสูง (กลุ่มที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพที่สูงกว่าตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป) และกลุ่มต่ำ (กลุ่มที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกว่าตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา) ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test [54]

นำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาปรับปรุง แก้ไข คุณภาพของแบบทดสอบฯ จนได้คุณภาพของแบบทดสอบฯ ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในทุกองค์ประกอบ และนำไปใช้ได้จริงในระยะที่ 2

ข. ระยะที่สอง การนำเครื่องมือ “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ” ไปใช้ และประเมินผล และการทวนสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำ “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งในการศึกษานี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 571 คน ที่สุ่มเลือกมาด้วยเทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และทำการทวนสอบคุณภาพของเครื่องมือ (รายละเอียดตามที่กล่าวมาใน ก.2) เพื่อยืนยันความเป็นไปได้ในการนำไปใช้วัดได้จริง

แบบทดสอบฯ นี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ แบบให้เติมข้อความและมีตัวเลือกให้เลือกตอบ ดังตัวอย่าง

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี | โปรดระบุ วัน เดือน ปี เกิด..... |
| 2. เพศ <input type="checkbox"/> (1) ชาย | <input type="checkbox"/> (2) หญิง |
| 3. ท่านมีภูมิลำเนาเดิม อยู่ที่จังหวัด..... | |

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวนรวมทั้งหมด 38 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 74 คะแนน ซึ่งจำแนกแต่ละองค์ประกอบได้ ดังนี้

1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค แต่ละคำถามมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 12 คะแนน ดังนี้

ข้อ ที่	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ
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 วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย			
9.	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม			
10.	การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น			
11.	การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม			
12.	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง			

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 ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ดังนี้

ข้อ ที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทุกครั้ง (2)	บางครั้ง (1)	ไม่ได้ทำ เลย (0)
1.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที			
2.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง			
3.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ สอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง			
4.	ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือตำรา จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ			
5.	ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน			

คะแนนรวมทั้งหมด 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 ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ดังนี้

ข้อที่	ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทุกครั้ง (2)	บางครั้ง (1)	ไม่ได้ทำ เลย (0)
1.	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ แล้วเข้าใจดี			
2.	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ แล้วเข้าใจดี			
3.	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ			
4.	ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			
5.	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง			
6.	ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			

คะแนนรวมทั้งหมด 12 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 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 ดังนี้

1. ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนชื่อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร
 - กิน เพราะ.....
 - ไม่กิน เพราะ.....
2. ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร
 - กิน เพราะ.....
 - ไม่กิน เพราะ.....
3. ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร
 - ซื้อ เพราะ.....
 - ไม่ซื้อ เพราะ.....
4. ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไป นี้ และเพราะอะไร
 - เดินช้าๆ ในสวน เพราะ.....
 - เต้นแอโรบิค เพราะ.....
5. หากท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็ม เพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะตัดสินใจโดยพิจารณาจากข้อใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ความรู้เรื่องการฝังเข็มของท่าน
 - เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการฝังเข็ม
 - เลือกวิธีฝังเข็มเพราะเกิดผลกระทบน้อยกว่าวิธีอื่น
 - เกรงใจผู้แนะนำ

คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีในการกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี
- 2 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี - ผลเสีย
- 3 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี - ผลเสียและแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเอง
- 4 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี - ผลเสียและแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ จำแนกออกเป็น

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

5) ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ดังนี้

ข้อ ที่	ทักษะการจัดการตนเอง	ทุกครั้ง (2)	บางครั้ง (1)	ไม่ได้ทำ เลย (0)
1.	ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ			
2.	ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1 – 3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์			
3.	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้			
4.	ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้			
5.	หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			

คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

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 ประเมินเนื้อหาสิ่งที่สื่อนำเสนอ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ดังนี้

ข้อ ที่	ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ทุกครั้ง (2)	บางครั้ง (1)	ไม่ได้ทำ เลย (0)
1.	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ			
2.	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมา ตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา			
3.	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพ ในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ			
4.	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่าน นำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง			
5.	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำ ข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง			

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งแบบเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของ กรุงเทพมหานคร ผ่านผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยมีหนังสือส่งจากหัวหน้า ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารการ อนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเอกสารรับรอง โครงการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. หลังจากโครงการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูลพร้อมแนบใบรับรองที่ผ่านการอนุมัติ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงความเป็นมาวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แก่ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ และประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้แทนของชมรมผู้สูงอายุ พร้อมนัดหมายวันเวลาในการเข้าเก็บข้อมูล โดยศูนย์บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี, 56 ทับเจริญ และ 25 ห้วยขวาง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุด้วยวิธีสัมภาษณ์ โดยใช้แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทีมผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นอาสาสมัครรับจ้างที่มีคุณวุฒิจบมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ที่ผ่านการอบรมชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี โดยดำเนินกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ

4. กำหนดให้ผู้สูงอายุได้พักในระหว่างการสัมภาษณ์ โดยเมื่อสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ครบ 12 ข้อ กำหนดให้ผู้สูงอายุได้พัก 5 นาที และในส่วนที่ 2 เมื่อสัมภาษณ์ครบในแต่ละองค์ประกอบ ให้ผู้สูงอายุได้พักครั้งละ 5 นาที ระยะเวลารวมในการตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง 30 นาที

5. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม พ.ศ.2557

6. ตรวจสอบข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 20 กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ ดังนี้

1. การพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ

1.1 กระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ใช้สถิติหาค่ามัธยฐาน (median) ค่าฐานนิยม (mode) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR)

1.2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

1.3 การทดสอบเครื่องมือ

1.3.1 แบบทดสอบที่มีตัวเลือก วิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้วยการหาค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (KR20)

1.3.2 แบบทดสอบที่มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า วิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้วยการหาค่าความสามารถในการจำแนก (corrected item-total correlation) ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient)

1.3.3 แบบทดสอบที่มีลักษณะแบบสถานการณ์สั้น ที่มี 2 – 4 ตัวเลือก วิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้วยการหาค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient)

1.4 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ด้วยโปรแกรม LISREL 8.80 ใช้ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล 5 ชนิด ได้แก่ chi-square test, GFI, AGFI, CFI และ RMSEA

1.5 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ ด้วยสถิติ independent t-test

2. การนำเครื่องมือไปใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2.2 การจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ มีเกณฑ์ดังนี้
 กลุ่มระดับพื้นฐาน คือ ผู้ที่ได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานร้อยละ 50 ขึ้นไป
 กลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 50 ขึ้นไป

กลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับวิจารณ์ญาณร้อยละ 50 ขึ้นไป

2.3 คะแนนรวมของแต่ละองค์ประกอบ นำมาแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานที่ (T-score) เพื่อให้คะแนนสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากแปลงเป็นมาตราเดียวกัน [63]

โดยใช้สูตร

$$T\text{-score} = 50 + 10Z$$

$$\text{และ } Z = \frac{(X - \bar{X})}{SD}$$

โดย Z = คะแนนมาตรฐานซี

X = คะแนนของแต่ละคน

\bar{X} = คะแนนเฉลี่ย

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 คะแนนรวมของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ คำนวณจากผลรวมของคะแนนมาตรฐานที่ของแต่ละองค์ประกอบคูณกับค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งคะแนนรวมของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพนี้ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะประชากรและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพใช้สถิติ chi-square [54]

3.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้ multiple linear regression โดยตัวแปรต้น (independent variables, x) ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านอายุการเป็นสมาชิกชมรม ปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และปัจจัยด้านการเดินทางมาชมรม ส่วนตัวแปรตาม (dependent variable, y) ได้แก่ คะแนนมาตรฐานที่ของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 2 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 1.1 การพัฒนาเครื่องมือ
 - 1.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
 - 1.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยันของโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพ
 - 1.4 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ
- ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ระยะที่ 2 การนำเครื่องมือไปใช้และประเมินผล
- 2.1 คุณลักษณะประชากรและปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ
 - 2.2 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.1 การพัฒนาเครื่องมือ “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ”

รูปแบบการศึกษาในระยะที่ 1 นี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนา “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ” โดยการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้องร่วมกับเทคนิคเดลฟาย (จำนวน 3 รอบ) ในการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จาก key partner 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้กระจายบริการ และกลุ่มผู้จัดระบบบริการ จำนวน 15 ท่าน จนได้ “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ” ที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพจำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีลักษณะเป็นการเลือกตอบ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า

องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า

องค์ประกอบที่ 4 ด้านทักษะการตัดสินใจ มีลักษณะเป็นสถานการณ์สั้น

องค์ประกอบที่ 5 ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า

องค์ประกอบที่ 6 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบฯ นี้ไปทดลองใช้ (pilot test) ในกลุ่มผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุจันทร์เกษม แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความยาก ค่าอำนาจจำแนก ค่าความสามารถในการจำแนก ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในด้วยวิธี Kuder Richardson (KR20) และวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) รายละเอียดองค์ประกอบ และวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขคุณภาพของแบบทดสอบฯ จนได้คุณภาพของแบบทดสอบฯ ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกองค์ประกอบ และนำไปใช้ได้จริง (รายละเอียดผลการวิเคราะห์ pilot test แสดงในภาคผนวก ต - ท)

1.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำ “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ” ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ไปใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 440 คน จาก 571 คน (คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 77.06) ที่ถูกสุ่มเลือกด้วยเทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

โดยผู้วิจัยได้ทำการทวนสอบคุณภาพของแบบทดสอบฯ อีกครั้ง ดังนี้

1.2.1 ตรวจสอบค่าดัชนีความยาก ดัชนีอำนาจจำแนก ค่าความสามารถในการจำแนก ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ค่าความคลาดเคลื่อนในการวัด โดยพิจารณาตามลักษณะของคำถามในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

- องค์ประกอบที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบ (องค์ประกอบที่ 1) ทำการวิเคราะห์หาค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) ตามรายข้อ รวมทั้งค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (KR20) และค่าความคลาดเคลื่อนในการวัด

- องค์ประกอบที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรฐานค่า (องค์ประกอบที่ 2, 3, 5 และ 6) ทำการวิเคราะห์หาค่าความสามารถในการจำแนก (corrected item-total correlation) ตามรายข้อ และค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient)

- องค์ประกอบที่มีลักษณะคำถามแบบสถานการณ์สั้น ที่มี 2 – 4 ตัวเลือก (องค์ประกอบที่ 4) ทำการวิเคราะห์หาค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) ตามรายข้อ และค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient)

รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1.1 องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถาม มี 3 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าความยาก (p) ของแบบทดสอบรายข้อ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีความยากในระดับค่อนข้างยาก (มีค่าความยากระหว่าง 0.20 – 0.39) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9 มีค่าความยากเท่ากับ 0.33 (2) กลุ่มที่มีความยากในระดับค่อนข้างง่าย (มีค่าความยากระหว่าง 0.60 – 0.79) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 11 มีค่าความยากเท่ากับ 0.75 และ 0.78 ตามลำดับ และ (3) กลุ่มที่มีความยากในระดับง่าย (มีค่าความยากตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12 มีค่าความยากเท่ากับ 0.99, 0.99, 0.89, 0.90, 0.91, 0.93, 0.90, 0.98 และ 0.89 ตามลำดับ โดยมีค่าความยากเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 0.85

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (discrimination index : D) ตามรายข้อ พบว่า ค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบรายข้อ สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับดีมาก (มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 11 มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.64 (2) กลุ่มที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับดี (มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.40 – 0.59) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.48 (3) กลุ่มที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับพอใช้ (มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 – 0.39) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, 8, 12, มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.20, 0.25, 0.27, 0.31 และ 0.36 ตามลำดับ และ (4) กลุ่มที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับค่อนข้างต่ำ (มีค่าอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.19) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3, 7, 9, 10 มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.01, 0.01, 0.15, 0.14 และ 0.03 ตามลำดับ โดยมีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 0.24

ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) ตามรายข้อขององค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค แสดงดังตารางที่ 4.1

แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (KR 20) เท่ากับ 0.47 และค่าความคลาดเคลื่อนในการวัด (SEM) เท่ากับ 1.35 คะแนน

ตารางที่ 4.1 ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

ข้อ	คำถามด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ดัชนีความยาก (p)	ดัชนีอำนาจจำแนก (D)
1	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง	0.99	0.01
2	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง	0.75	0.48
3	ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	0.99	0.01
4	ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	0.89	0.20
5	ผู้สูงอายุควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	0.90	0.25
6	ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา	0.91	0.27
7	ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	0.93	0.15
8	ผู้สูงอายุที่เครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย	0.90	0.31
9	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	0.33	0.14
10	การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น	0.98	0.03
11	การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	0.78	0.64
12	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง	0.89	0.36
mean		0.85	0.24

$$KR20 = 0.47 \quad SEM = 1.35$$

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่า แบบวัดในส่วนนี้มีค่าความยากเฉลี่ยในระดับง่าย ($p = 0.85$) มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับพอใช้ ($D = 0.24$) และมีค่าความเที่ยงในระดับพอใช้ ($KR 20 = 0.47$)

1.2.1.2 องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า คือ 0) ไม่ได้ปฏิบัติ 1) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 2) ปฏิบัติทุกครั้ง พบว่า มีค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อ (corrected item – total correlation) เท่ากับ 0.76, 0.62, 0.78, 0.73 และ 0.74 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.2) และค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) ขององค์ประกอบนี้ เท่ากับ 0.88

ตารางที่ 4.2 ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

ข้อ	คำถามด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ค่าอำนาจจำแนก (D) (corrected item-total correlation)
1	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที	0.76
2	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง	0.62
3	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ สอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	0.78
4	ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือตำรา จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	0.73
5	ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน	0.74
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.88		mean = 0.73

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก ($D=0.73$) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.88)

1.2.1.3 องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า คือ 0) ไม่ได้ปฏิบัติ 1) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 2) ปฏิบัติทุกครั้ง พบว่า มีค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อ (corrected item – total correlation) เท่ากับ 0.62, 0.45, 0.63, 0.66, 0.77 และ 0.78 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.3) และค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) ขององค์ประกอบนี้ เท่ากับ 0.86

ตารางที่ 4.3 ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

ข้อ	คำถามด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ค่าอำนาจจำแนก (D) (corrected item-total correlation)
1	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี	0.62
2	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี	0.45
3	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ	0.63
4	ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	0.66
5	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	0.77
6	ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	0.78
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.86		mean = 0.65

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก (D=0.65) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.86)

1.2.1.4 องค์ประกอบที่ 4 ด้านการตัดสินใจ

การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นสถานการณ์สั้น มีตัวเลือก 2 – 4 ตัวเลือก ให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าความยาก (p) ของแบบทดสอบรายข้อสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีความยากในระดับค่อนข้างยาก (มีค่าความยากระหว่าง 0.2 – 0.39) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5 มีค่าความยากเท่ากับ 0.25, 0.26 0.25 และ 0.39 ตามลำดับ และ (2) กลุ่มที่มีความยากพอเหมาะ (มีค่าความยากระหว่าง 0.4 – 0.59) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 มีค่าความยากเท่ากับ 0.50

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ พบว่า ค่าอำนาจจำแนก (D) ของแบบทดสอบรายข้อสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับดีมาก (มีค่าอำนาจจำแนก 0.60 – 1.00) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 1.00 (2) กลุ่มที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับดี (มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.40 – 0.59) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3, 4 มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.51, 0.51 และ 0.50 ตามลำดับ และ (3) กลุ่มที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับพอใช้ (มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 – 0.39) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5 มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.29

ค่าความยาก (p) และค่าอำนาจจำแนก (D) ตามรายข้อขององค์ประกอบด้านการตัดสินใจ แสดงดังตารางที่ 4.4

แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในองค์ประกอบด้านการตัดสินใจ มีผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) เท่ากับ 0.56

ตารางที่ 4.4 ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการตัดสินใจ

ข้อ	คำถามด้านการตัดสินใจ	ค่าความยาก (p)	ค่าอำนาจจำแนก (D)
1	ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนชื่อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร	0.25	0.51
2	ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร	0.50	1.00
3	ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร	0.26	0.51
4	ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไปนี และเพราะอะไร	0.25	0.50
5	หากท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะตัดสินใจโดยพิจารณาจากข้อใดต่อไปนี	0.39	0.29
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.56		mean = 0.33	mean = 0.56

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการตัดสินใจ พบว่า มีค่าความยากเฉลี่ยในระดับค่อนข้างยาก ($p=0.33$) ค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($D=0.56$) และมีค่าความเที่ยงในระดับพอใช้ (Cronbach's alpha coefficient=0.56)

1.2.1.5 องค์ประกอบที่ 5 ด้านการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า คือ 0) ไม่ได้ปฏิบัติ 1) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 2) ปฏิบัติทุกครั้ง พบว่ามีค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อ (corrected item – total correlation) เท่ากับ 0.79, 0.81, 0.82, 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.5) และค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) ขององค์ประกอบนี้ เท่ากับ 0.93

ตารางที่ 4.5 ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง

ข้อ	คำถามด้านการจัดการตนเอง	ค่าอำนาจจำแนก (D) (corrected item-total correlation)
1	ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง	0.79
2	ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1 – 3 เดือน	0.81
3	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	0.82
4	ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตาม แผนที่วางไว้	0.81
5	หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพ ให้ดีขึ้น	0.80
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.93		mean = 0.81

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการตนเอง พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก (D=0.81) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.93)

1.2.1.6 องค์ประกอบที่ 6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า คือ 0) ไม่ได้ปฏิบัติ 1) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 2) ปฏิบัติทุกครั้ง พบว่ามีค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อ (corrected item – total correlation) เท่ากับ 0.29, 0.77, 0.72, 0.71 และ 0.74 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.6) และค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) ขององค์ประกอบนี้ เท่ากับ 0.84

ตารางที่ 4.6 ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ข้อ	คำถามด้านการรู้เท่าทันสื่อ	ค่าอำนาจจำแนก (D) (corrected item-total correlation)
1	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ	0.29
2	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมา ตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา	0.77
3	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพ ในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	0.72
4	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่าน นำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	0.71
5	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำ ข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง	0.74
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.84		mean = 0.65

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก (D=0.65) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.84)

จากผลการทวนสอบคุณภาพของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ ทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า สามารถนำไปใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดี เนื่องจากมีค่าอำนาจจำแนกและค่าความเที่ยงอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าความยากเฉลี่ย ค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ย และค่าความเที่ยง สรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 มีค่าความยากเฉลี่ยในระดับง่าย มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับพอใช้ และมีค่าความเที่ยงในระดับพอใช้

องค์ประกอบที่ 2, 3, 5 และ 6 มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง

ส่วนองค์ประกอบที่ 4 มีค่าความยากเฉลี่ยในระดับค่อนข้างยาก มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และมีค่าความเที่ยงในระดับพอใช้

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่สนใจจะนำแบบทดสอบฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ ควรต้องระมัดระวังอคติและความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากผู้ตอบคำถามและผู้ถามคำถามในองค์ประกอบที่ 4 ด้านการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่การให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่จะให้เหตุผลในการตอบข้อคำถามแต่ละข้อ

1.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบทดสอบฯ ที่สร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม LISREL ในการหาค่าน้ำหนัก (factor weights) ของแต่ละองค์ประกอบ
2. คำนวณหาผลรวม (summation) ของค่าน้ำหนัก (factor weights) ของทุกองค์ประกอบ
3. คำนวณหาค่าน้ำหนักมาตรฐานของแต่ละองค์ประกอบ โดยกำหนดให้ผลรวมของค่าน้ำหนักมาตรฐาน เท่ากับ 1 โดยใช้สูตร

ค่าน้ำหนักมาตรฐานของแต่ละองค์ประกอบ = (ค่าน้ำหนักแต่ละองค์ประกอบ × 1) / ผลรวมของค่าน้ำหนัก (factor weights) ของทุกองค์ประกอบ

4. นำค่าน้ำหนักมาตรฐานของแต่ละองค์ประกอบ ไปถ่วงน้ำหนักกับคะแนนมาตรฐานที่ (T-score) ของแต่ละองค์ประกอบ ได้เป็นคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย แยกตามรายองค์ประกอบ โดยจะนำผลรวมคะแนนของแต่ละองค์ประกอบนี้ไปใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

การทดสอบสมมติฐานการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

H_0 : โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

H_1 : โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สถิติที่ใช้เพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล (Fit measure) ประกอบด้วย Chi-square test, GFI, AGFI, RMSEA และ CFI (รายละเอียดดังบทที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ข้อ 3.4)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Fit measure) พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดยพิจารณาจากค่าผลหารระหว่างค่าไค-สแควร์กับค่าองศาอิสระมีค่าเท่ากับ 1.05 (ควรมีค่าไม่เกิน 2) ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 (p-value = 0.17) หมายความว่าโมเดลการวัดตามทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ยอมรับ H_0) โดยมีค่าดัชนีการวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.91 และค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนจากการประมาณ (RMSEA) มีค่าระหว่าง 0.0 – 0.019 (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพของแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	t	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ มาตรฐาน
1.ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพและการป้องกันโรค	0.20	2.44*	0.05
2.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.97	14.42**	0.26
3.การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.88	11.89**	0.23
4.การตัดสินใจ	0.35	1.97*	0.09
5.การจัดการตนเอง	0.61	11.25**	0.16
6.การรู้เท่าทันสื่อ	0.78	5.31**	0.21

Chi-square=642.12, df=609, p-value=0.17, GFI=0.93, AGFI=0.91, CFI=1.00 RMSEA = 0.011

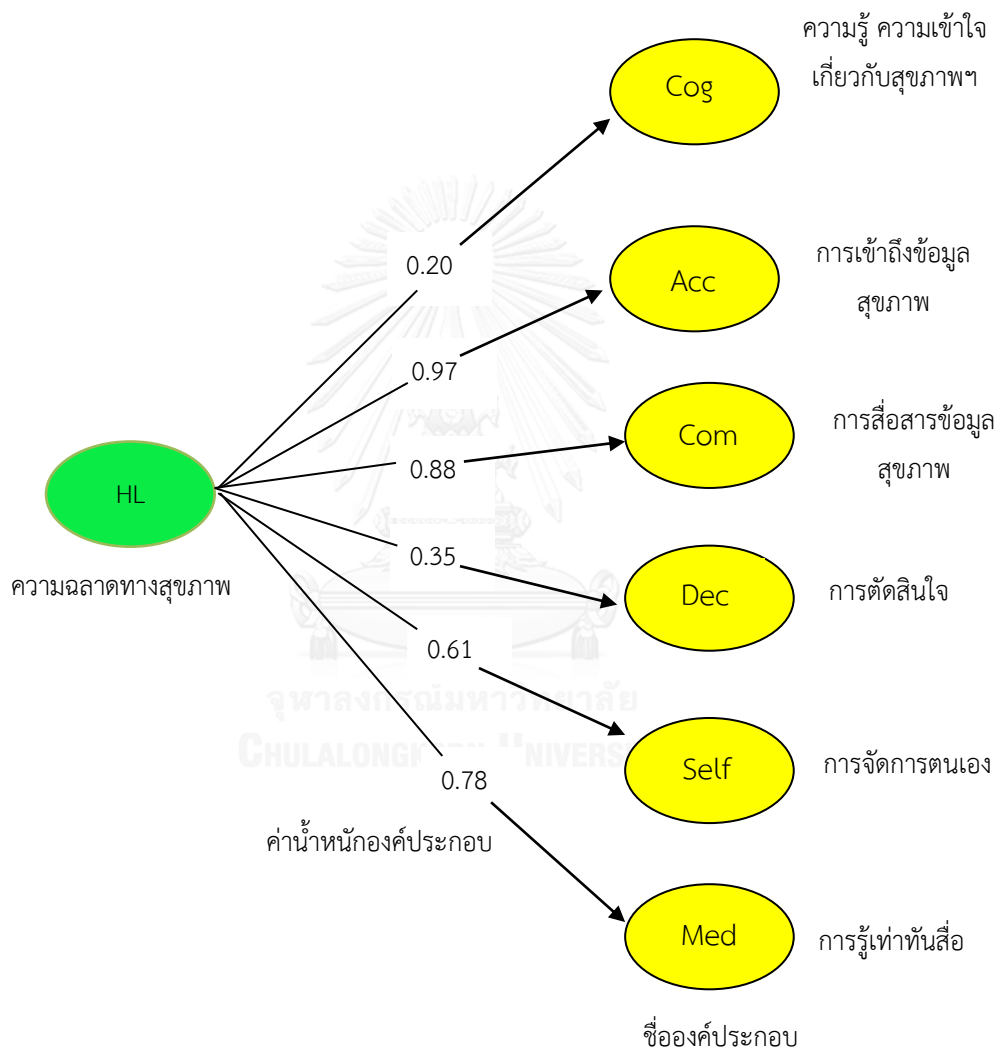
หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ค่า t ใช้พิจารณาว่าค่าองค์ประกอบนั้นๆ มีค่าแตกต่างจากศูนย์หรือไม่

โดยค่าสัมบูรณ์ของสถิติทดสอบที่ (absolute t) มากกว่า 1.96 ค่าองค์ประกอบจะมีค่าแตกต่างจากศูนย์ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และค่าสัมบูรณ์ของสถิติทดสอบที่มากกว่า 2.58 ค่าองค์ประกอบจะมีค่าแตกต่างจากศูนย์ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.01

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.05 – 0.26 โดยองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค และด้านการตัดสินใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาถึงค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของความฉลาดทางสุขภาพพบว่า องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานน้อยที่สุด เท่ากับ 0.05 (หมายถึงมีความสำคัญน้อยที่สุด) และองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด เท่ากับ 0.26 (หมายถึงมีความสำคัญมากที่สุด)

ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพด้วยโปรแกรม LISREL แสดงดังรูปที่ 4.1



รูปที่ 4.1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

1.4 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Independent t-test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ (คะแนนที่น้อยกว่าตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25) กับ กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง (คะแนนที่สูงกว่าตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75) ผลการทดสอบพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มต่ำและกลุ่มสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนามีอำนาจจำแนกดีมากและสามารถใช้จำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ

	mean	SD	t	p-value
1. กลุ่มต่ำ (n=110)	40.92	3.40	-40.601*	<.001
2. กลุ่มสูง (n=110)	59.69	3.46		

สถิติที่ใช้ Independent t-test

หมายเหตุ * $p < 0.001$

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ระยะที่ 2 การนำเครื่องมือไปใช้และประเมินผล

2.1 คุณลักษณะประชากรและปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ

1) คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 ชมรม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน (จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 571 คน คิดเป็นร้อยละ 77.06) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีนบุรีมากที่สุด จำนวน 228 คน (ร้อยละ 51.8) รองลงมาคือชมรมผู้สูงอายุห้วยขวาง จำนวน 107 คน (ร้อยละ 24.3) และชมรมผู้สูงอายุทับเจริญ จำนวน 105 คน (ร้อยละ 23.9) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 379 คน (ร้อยละ 86.1) และเป็นเพศชาย 61 คน (ร้อยละ 13.9) (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและชมรมผู้สูงอายุ (n=440)

ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย		หญิง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)		
มีนบุรี	30	13.2	198	86.8	228	51.8
ทับเจริญ	16	15.2	89	84.8	105	23.9
ห้วยขวาง	15	14.0	92	86.0	107	24.3
รวม	61	13.9	379	86.1	440	100

ผลการจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 35.5) รองลงมาได้แก่ อายุระหว่าง 66 – 70 ปี (ร้อยละ 29.1) และอายุระหว่าง 71 – 75 ปี (ร้อยละ 20.5) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี (SD=6.03) อายุน้อยที่สุด 60 ปี และอายุมากที่สุด 90 ปี

ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 55.2) รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 23) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 9.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและระดับการศึกษา (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
อายุ (ปี)						
60 – 65	17	27.9	139	36.7	156	35.5
66 – 70	17	27.9	111	29.3	128	29.1
71 – 75	15	24.6	75	19.8	90	20.5
มากกว่า 75	12	19.7	54	14.2	66	15.0
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	20	5.3	20	4.5
ประถมศึกษา	25	41.0	218	57.5	243	55.2
มัธยมศึกษา	18	29.5	83	21.9	101	23.0
ปวช.	4	6.6	11	2.9	15	3.4
ปวส.	5	8.2	6	1.6	11	2.5
อนุปริญญา	0	0	5	1.3	5	1.1
ปริญญาตรี	8	13.1	32	8.4	40	9.1
ปริญญาโท	1	1.6	4	1.1	5	1.1

ผลการจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร มากที่สุด (ร้อยละ 52.3) รองลงมาได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ร้อยละ 2.7) และจังหวัดฉะเชิงเทรา (ร้อยละ 2.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา (n=440)

จังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)
ภาคเหนือ		
เชียงราย	7	1.6
เชียงใหม่	3	0.7
แพร่	4	0.9
ลำปาง	4	0.9

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

จังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)
ลำพูน	1	0.2
อุตรดิตถ์	1	0.2
ภาคกลาง		
กรุงเทพมหานคร	230	52.3
กำแพงเพชร	1	0.2
ชัยนาท	5	1.1
นครนายก	6	1.4
นครปฐม	5	1.1
นครสวรรค์	3	0.7
นนทบุรี	4	0.9
ปทุมธานี	6	1.4
พระนครศรีอยุธยา	12	2.7
พิจิตร	5	1.1
พิษณุโลก	4	0.9
เพชรบูรณ์	1	0.2
ลพบุรี	4	0.9
สมุทรปราการ	7	1.6
สมุทรสงคราม	7	1.6
สมุทรสาคร	4	0.9
สระบุรี	3	0.7
สิงห์บุรี	2	0.5
สุโขทัย	4	0.9
สุพรรณบุรี	3	0.7
อ่างทอง	9	2.0
อุทัยธานี	1	0.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
กาฬสินธุ์	1	0.2
ขอนแก่น	4	0.9

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

จังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)
ชัยภูมิ	2	0.5
นครราชสีมา	5	1.1
มหาสารคาม	1	0.2
ยโสธร	1	0.2
ร้อยเอ็ด	6	1.4
เลย	1	0.2
ศรีสะเกษ	1	0.2
สกลนคร	2	0.5
หนองคาย	2	0.5
อุดรธานี	3	0.7
อุบลราชธานี	5	1.1
ภาคตะวันออก		
จันทบุรี	2	0.5
ฉะเชิงเทรา	10	2.3
ชลบุรี	6	1.4
ปราจีนบุรี	4	0.9
ภาคตะวันตก		
กาญจนบุรี	3	0.7
ตาก	2	0.5
เพชรบุรี	1	0.2
ราชบุรี	5	1.1
ภาคใต้		
กระบี่	1	0.2
ชุมพร	1	0.2
ตรัง	2	0.5
นครศรีธรรมราช	9	2.0
นราธิวาส	2	0.5
พังงา	1	0.2

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

จังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)
พัทลุง	1	0.2
ยะลา	1	0.2
สงขลา	5	1.1

ผลการจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 86.8) รองลงมาได้แก่ ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 11.1) และศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 2) ตามลำดับ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 47.3) รองลงมาได้แก่ หม้าย (ร้อยละ 36.1) และโสด (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศาสนาและสถานภาพสมรส (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ศาสนา						
พุทธ	56	91.8	326	86.0	382	86.8
คริสต์	2	3.3	7	1.8	9	2.0
อิสลาม	3	4.9	46	12.1	49	11.1
สถานภาพสมรส						
โสด	0	0	41	10.8	41	9.3
คู่	48	78.7	160	42.2	208	47.3
แยกกันอยู่	2	3.3	11	2.9	13	3.0
หม้าย	7	11.5	152	40.1	159	36.1
หย่า	4	6.6	15	4.0	19	4.3

ผลการจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามอาชีพ พบว่า ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด (ร้อยละ 71.1) รองลงมาได้แก่ เป็นข้าราชการเกษียณ (ร้อยละ 10.2) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 9.8) ตามลำดับ

ส่วนอาชีพในอดีต (ก่อนอายุ 60 ปี) พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 29.1) รองลงมาได้แก่ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 28.2) และเป็นพนักงานบริษัท (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพหลักในปัจจุบันและในอดีต (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
อาชีพในปัจจุบัน						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	47.5	284	74.9	313	71.1
รับจ้าง	9	14.8	23	6.1	32	7.3
เกษตรกร	1	1.6	3	0.8	4	0.9
พนักงานบริษัท	0	0	1	0.3	1	0.2
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	3.3	0	0	2	0.5
ข้าราชการเกษียณ	16	26.2	29	7.7	45	10.2
ค้าขาย	4	6.6	39	10.3	43	9.8
อาชีพในอดีต						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	3.3	52	13.7	54	12.3
รับจ้าง	21	34.4	107	28.2	128	29.1
เกษตรกร	0	0	9	2.4	9	2.0
พนักงานบริษัท	10	16.4	55	14.5	65	14.8
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	11.5	8	2.1	15	3.4
ข้าราชการ	16	26.2	29	7.7	45	10.2
ค้าขาย	5	8.2	119	31.4	124	28.2

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามระดับรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 50.9) รองลงมาได้แก่ รายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 27.0) และรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 22.0) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 9,329.32 บาท (SD=12,478.67) รายได้ต่ำสุด 600 บาท และรายได้สูงสุด 110,000 บาท

ด้านความพอเพียงของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเงินพอใช้ มากที่สุด (ร้อยละ 58.2) รองลงมาได้แก่ มีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 33.9) และมีหนี้สิน (ร้อยละ 6.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับรายได้และความพอเพียงของรายได้ (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ระดับรายได้ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 5,000	23	37.7	201	53.0	224	50.9
5,001 – 10,000	16	26.2	81	21.4	97	22.0
มากกว่า 10,000	22	36.1	97	25.6	119	27.0
ความพอเพียงของรายได้						
เงินพอใช้	34	55.7	222	58.6	256	58.2
เงินเหลือเก็บ	20	32.8	129	34.0	149	33.9
มีหนี้สิน	6	9.8	24	6.3	30	6.8
เดือดร้อนจากภาวะหนี้	1	1.6	4	1.1	5	1.1

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ร้อยละ 51.6) รองลงมาได้แก่ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.1) และข้อเสื่อม (ร้อยละ 22.7) ตามลำดับ

ด้านอาการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการ มากที่สุด (ร้อยละ 84.8) รองลงมาได้แก่ หูได้ยินไม่ชัดเจน (ร้อยละ 7.5) และกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ร้อยละ 6.1) ตามลำดับ

ด้านการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน มากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่ แพทย์แผนไทย (ร้อยละ 14.5) และแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว อาการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และการรักษา (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	8	13.1	54	14.2	62	14.1
เบาหวาน	13	21.3	80	21.1	93	21.1
ความดันโลหิตสูง	36	59.0	191	50.4	227	51.6
ไขมันในเลือดสูง	20	32.8	161	42.5	181	41.1
หัวใจ	7	11.5	20	5.3	27	6.1
หลอดเลือดสมอง	1	1.6	0	0	1	0.2
ข้อเสื่อม	10	16.4	90	23.7	100	22.7
ภูมิแพ้	0	0	26	6.9	26	5.9
กระเพาะอาหาร	0	0	9	2.4	9	2.0
ถุงลมโป่งพอง	0	0	1	0.3	1	0.2
ไตวาย	0	0	3	0.8	3	0.7
มะเร็ง	0	0	6	1.6	6	1.4
อื่นๆ	5	8.0	36	9.7	41	9.3
อาการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่มี	56	91.8	317	83.6	373	84.8
เดินไม่ได้	0	0	2	0.5	2	0.5
ตามองเห็นไม่ชัดเจน	0	0	18	4.7	18	4.1
หูได้ยินไม่ชัดเจน	5	8.2	28	7.4	33	7.5
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	2	3.3	25	6.6	27	6.1

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
อื่นๆ	0	0	5	1.4	5	1.1
การรักษา						
แพทย์แผนปัจจุบัน	61	100	379	100	440	100
แพทย์ทางเลือก	0	0	2	0.5	2	0.5
แพทย์แผนไทย	6	9.8	58	15.3	64	14.5

หมายเหตุ : โรคประจำตัว อาการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และ การรักษา ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผลการจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามความสามารถด้านต่างๆ พบว่า ความสามารถในการมองเห็น กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการมองเห็นในระดับชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 55) รองลงมาได้แก่ มองเห็นชัดเจน (ร้อยละ 45)

ความสามารถในการได้ยิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการได้ยินในระดับได้ยินชัดเจน มากที่สุด (ร้อยละ 68.2) รองลงมาได้แก่ ได้ยินชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง (ร้อยละ 31.8)

ความสามารถในการพูด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการพูดในระดับพูดคล่อง มากที่สุด (ร้อยละ 87.5) รองลงมาได้แก่ พูดคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (ร้อยละ 12.5)

ความสามารถในการอ่าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการอ่านในระดับอ่านคล่อง มากที่สุด (ร้อยละ 60.9) รองลงมาได้แก่ อ่านคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (ร้อยละ 31.8) และ อ่านไม่คล่องเลย (ร้อยละ 7.3) ตามลำดับ

ความสามารถในการเขียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเขียนในระดับเขียนคล่อง มากที่สุด (ร้อยละ 56.6) รองลงมาได้แก่ เขียนคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (ร้อยละ 32.5) และ เขียนไม่คล่องเลย (ร้อยละ 10.9) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การพูด การอ่าน และการเขียน (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ความสามารถในการมองเห็น						
มองเห็นชัดเจน	38	62.3	160	42.2	198	45.0
มองเห็นชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	23	37.7	219	57.8	242	55.0
มองไม่เห็นเลย	0	0	0	0	0	0
ความสามารถในการได้ยิน						
ได้ยินชัดเจน	43	70.5	257	67.8	300	68.2
ได้ยินชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	18	29.5	122	32.2	140	31.8
ไม่ได้ยินเลย	0	0	0	0	0	0
ความสามารถในการพูด						
พูดคล่อง	53	86.9	332	87.6	385	87.5
พูดคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	8	13.1	47	12.4	55	12.5
พูดไม่คล่องเลย	0	0	0	0	0	0
ความสามารถในการอ่าน						
อ่านคล่อง	44	72.1	224	59.1	268	60.9
อ่านคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	16	26.2	124	32.7	140	31.8
อ่านไม่คล่องเลย	1	1.6	31	8.2	32	7.3
ความสามารถในการเขียน						
เขียนคล่อง	41	67.2	208	54.9	249	56.6
เขียนคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	14	23.0	129	34.0	143	32.5
เขียนไม่คล่องเลย	6	9.8	42	11.1	48	10.9

ผลการจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 72.7) และเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 27.3)

ด้านการอยู่อาศัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตร มากที่สุด (ร้อยละ 70.5) รองลงมาได้แก่ อยู่กับหลาน (ร้อยละ 62) และอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 46.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะครอบครัวและการอยู่อาศัย (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	20	32.8	100	26.4	120	27.3
ครอบครัวขยาย	41	67.2	279	73.6	320	72.7
การอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	3	4.9	31	8.2	34	7.7
คู่สมรส	48	78.7	158	41.7	206	46.8
บุตร	42	68.9	268	70.7	310	70.5
หลาน	34	55.7	239	63.1	273	62.0
ญาติ	1	1.6	42	11.1	43	9.8

หมายเหตุ : การอยู่อาศัย ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามระดับการช่วยเหลือตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (ร้อยละ 98) และช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 2)

ด้านผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเอง มากที่สุด (ร้อยละ 65) รองลงมาได้แก่ มีบุตรสาวดูแล (ร้อยละ 21.1) และมีคู่สมรสดูแล (ร้อยละ 8.6) ตามลำดับ

ด้านผู้เตรียมอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทำอาหารเอง มากที่สุด (ร้อยละ 70.7) รองลงมาได้แก่ ผู้ดูแลทำอาหารให้ (ร้อยละ 21.1) และกลุ่มตัวอย่างซื้ออาหารสำเร็จเอง (ร้อยละ 6.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลและผู้เตรียมอาหาร (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ระดับการช่วยเหลือตนเอง						
ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้	59	96.7	372	98.2	431	98.0
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	2	3.3	7	1.8	9	2.0
ผู้ดูแล						
ดูแลตนเอง	23	37.7	263	69.4	286	65.0
บุตรสาว	10	16.4	83	21.9	93	21.1
บุตรชาย	1	1.6	13	3.4	14	3.2
ลูกสะใภ้	0	0	1	0.3	1	0.2
หลาน	1	1.6	4	1.1	5	1.1
น้อง	0	0	3	0.8	3	0.7
คู่สมรส	26	42.6	12	3.2	38	8.6
ผู้เตรียมอาหาร						
ทำอาหารเอง	13	21.3	298	78.6	311	70.7
ผู้ดูแลทำอาหารให้	35	57.4	58	15.3	93	21.1
ซื้ออาหารสำเร็จเอง	10	16.4	17	4.5	27	6.1
ผู้ดูแลซื้ออาหารสำเร็จให้	3	4.9	6	1.6	9	2.0

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุ มากที่สุด (ร้อยละ 63.6) รองลงมาได้แก่ สิทธิบัตรที่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 12.7) และสิทธิข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 10.2) ตามลำดับ

ด้านสถานบริการที่ไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) รองลงมาได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข (ร้อยละ 34.3) และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาลและสถานบริการที่ไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
สิทธิในการรักษาพยาบาล						
ชำระเงินเอง	0	0	20	5.3	20	4.5
สิทธิบัตรทอง ผู้สูงอายุ	33	54.1	247	65.2	280	63.6
สิทธิข้าราชการบำนาญ	16	26.2	29	7.7	45	10.2
สิทธิบัตรที่เป็นข้าราชการ	6	9.8	50	13.2	56	12.7
ประกันชีวิต	0	0	6	1.6	6	1.4
อื่นๆ	6	9.8	27	7.1	33	7.5
สถานบริการที่ไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด						
ร้านขายยา	0	0	2	0.5	2	0.5
คลินิกเอกชน	4	6.6	11	2.9	15	3.4
ศูนย์บริการสาธารณสุข	12	19.7	139	36.7	151	34.3
โรงพยาบาลรัฐ	34	55.7	158	41.7	192	43.6
โรงพยาบาลเอกชน	11	18.0	66	17.4	77	17.5
อื่นๆ	0	0	3	0.8	3	0.7

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48.6) รองลงมาได้แก่ เป็นสมาชิกระหว่าง 6 – 10 ปี (ร้อยละ 38.4) และเป็นสมาชิกระหว่าง 11 – 15 ปี (ร้อยละ 8.6) ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเฉลี่ย 6.62 ปี (SD=4.45) ระยะเวลาการเป็นสมาชิกน้อยที่สุด 1 ปี และระยะเวลาการเป็นสมาชิกมากที่สุด 25 ปี

ด้านความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 41.4) รองลงมาได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 21.6) และเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับ โดยมีความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเฉลี่ย 3.46 ครั้งต่อเดือน (SD=1.575)

ด้านกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 90.9) รองลงมาคือ กิจกรรมตามความสนใจ (ร้อยละ 9.1) (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วม (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ปี)						
1 – 5	35	57.4	179	47.2	214	48.6
6 – 10	21	34.4	148	39.1	169	38.4
11 – 15	2	3.3	36	9.5	38	8.6
มากกว่า 15	3	4.9	16	4.2	19	4.3
ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรม (ครั้ง/เดือน)						
1	17	27.9	54	14.2	71	16.1
2	15	24.6	80	21.1	95	21.6
3	3	4.9	12	3.2	15	3.4
4	6	9.8	71	18.7	77	17.5

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
มากกว่า 4	20	32.8	162	42.7	182	41.4
กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วม						
กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ	53	86.9	347	91.6	400	90.9
กิจกรรมตามความสนใจ	8	13.1	32	8.4	40	9.1

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินทางมาชมรมผู้สูงอายุด้วยตนเอง (ร้อยละ 92.5) และมีคนมาส่ง (ร้อยละ 7.5)

ด้านวิธีเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุโดยรถโดยสารประจำทาง มากที่สุด (ร้อยละ 47.7) รองลงมาได้แก่ ใช้การเดินทาง (ร้อยละ 19.5) และใช้รถยนต์ส่วนตัว (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับ

ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ ระหว่าง 5 – 15 นาที มากที่สุด (ร้อยละ 40.2) รองลงมาได้แก่ ใช้เวลา 26 – 35 นาที (ร้อยละ 33) และใช้เวลา 16 – 25 นาที (ร้อยละ 18) ตามลำดับ โดยระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุเฉลี่ย 23.08 นาที (SD=13.87) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุน้อยที่สุด 5 นาที และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด 120 นาที (ตารางที่ 4.21)

ตารางที่ 4.21 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ วิธีเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุและระยะเวลาเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ (n=440)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)				รวม	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย (n=61)		หญิง (n=379)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
การเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ						
มาเอง	57	93.4	350	92.3	407	92.5
มีคนมาส่ง	4	6.6	29	7.7	33	7.5
วิธีเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ						
เดิน	13	21.3	73	19.3	86	19.5
ใช้รถจักรยาน	4	6.6	11	2.9	15	3.4
ใช้รถจักรยานยนต์	3	4.9	32	8.4	35	8.0
ใช้รถยนต์ส่วนตัว	24	39.3	53	14.0	77	17.5
ใช้รถโดยสารประจำทาง	16	26.2	194	51.2	210	47.7
อื่นๆ	1	1.6	16	4.2	17	3.9
ระยะเวลาที่ใช้เดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ (นาที)						
5 – 15	26	42.6	151	39.8	177	40.2
16 – 25	12	19.7	67	17.7	79	18.0
26 – 35	19	31.1	126	33.2	145	33.0
มากกว่า 35	4	6.6	35	9.2	39	8.9

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามลำดับการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นลำดับที่ 1 (ร้อยละ 73.4) รองลงมาได้แก่ รับทราบจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 65.5) เป็นลำดับที่ 2 และรับทราบจากสื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 35.5) เป็นลำดับที่ 3 (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลำดับการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

แหล่งข้อมูล	ลำดับการรับทราบข้อมูล					
	1		2		3	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมภ์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมภ์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมภ์)
บุคลากรทางการแพทย์	323	73.4	64	14.5	31	7.0
สื่อสิ่งพิมพ์	17	3.9	63	14.3	156	35.5
อินเทอร์เน็ต สื่คมออนไลน์	4	0.9	8	1.8	7	1.6
โทรทัศน์	86	19.5	288	65.5	57	13.0
วิทยุ	10	2.3	14	3.2	39	8.9
รวม	440	100	437	99.3	290	66.0

ผลการจำแนกลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามลำดับการเข้าถึงสื่อในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงสื่อโทรทัศน์ เป็นลำดับที่ 1 (ร้อยละ 79.3) รองลงมาได้แก่ การเข้าถึงสื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 40.9) เป็นลำดับที่ 2 และการเข้าถึงสื่อวิทยุ (ร้อยละ 15.5) เป็นลำดับที่ 3 (ตารางที่ 4.23)

ตารางที่ 4.23 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลำดับการเข้าถึงสื่อ ในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (n=440)

แหล่งข้อมูล	ลำดับการเข้าถึงสื่อ					
	1		2		3	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมภ์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมภ์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมภ์)
สื่อสิ่งพิมพ์	68	15.5	180	40.9	41	9.3
อินเทอร์เน็ต สื่คมออนไลน์	11	2.5	7	1.6	3	0.7
โทรทัศน์	349	79.3	82	18.6	8	1.8
วิทยุ	12	2.7	59	13.4	68	15.5
รวม	440	100	328	74.5	120	27.3

2.2 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการจัดการตนเอง 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ โดยใช้แบบทดสอบที่ได้พัฒนาขึ้น เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษาของแต่ละองค์ประกอบ มีรายละเอียด ดังนี้

1) องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.8) ตอบถูกต้องในข้อคำถามที่ 1 เนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุดเพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง รองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 ผู้สูงอายุทุกคนควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี (ร้อยละ 99.1) และ ข้อคำถามที่ 10 การกินผัก ผลไม้และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น (ร้อยละ 98.0) ตามลำดับ

สำหรับการตอบข้อคำถามที่ไม่ถูกต้อง พบกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่ถูกต้องในข้อคำถามที่ 9 ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาตองเป็นประจำจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม (ร้อยละ 66.8) รองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง (ร้อยละ 25.0) และข้อคำถามที่ 11 การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม (ร้อยละ 22.0) (ตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง (n=440)

ข้อที่	ข้อความคำถาม	คำตอบ			
		ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)
1	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง	439	99.8	1	0.2
2	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย วันละ 4 ชั่วโมง	330	75.0	110	25.0
3	ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	436	99.1	4	0.9
4	ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	392	89.1	48	10.9
5	ผู้สูงอายุควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	397	90.2	43	9.8
6	ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลา	402	91.4	38	8.6
7	ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	409	93.0	31	7.0
8	ผู้สูงอายุที่เครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้อ่อนล้าได้ง่าย	396	90.0	44	10.0
9	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	146	33.2	294	66.8
10	การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น	431	98.0	9	2.0
11	การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	343	78.0	97	22.0
12	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง	392	89.1	48	10.9

2) องค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) นำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รองลงมาได้แก่ เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที (ร้อยละ 97.3) และกลุ่มตัวอย่างสามารถค้นหาหรือสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง (ร้อยละ 96.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.25)

ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=440)

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน (ร้อยละตามแถว))		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ทำเลย
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที	139 (31.6)	289 (65.7)	12 (2.7)
2. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง	18 (4.1)	289 (65.7)	133 (30.2)
3. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่าน สามารถค้นหา หรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	138 (31.4)	288 (65.4)	14 (3.2)
4. ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือตำราจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	92 (20.9)	260 (59.1)	88 (20.0)
5. ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน	149 (33.9)	282 (64.1)	9 (2.0)

3) องค์ประกอบด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.8) ฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี รองลงมาได้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้บอกต่อหรือแนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น (ร้อยละ 97.3) และกลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี (ร้อยละ 95.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.26)

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=440)

การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน (ร้อยละตามแถว))		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ทำเลย
1. ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี	284 (64.6)	136 (30.9)	20 (4.5)
2. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี	373 (84.8)	66 (15.0)	1 (0.2)
3. ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ	45 (10.2)	321 (73.0)	74 (16.8)
4. ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	174 (39.6)	254 (57.7)	12 (2.7)
5. ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	108 (24.5)	281 (63.9)	51 (11.6)
6. ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	98 (22.3)	291 (66.1)	51 (11.6)

4) องค์ประกอบด้านการตัดสินใจ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ในข้อคำถามที่เป็นสถานการณ์สั้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พร้อมทั้งให้บอกเหตุผล ในข้อที่ 1-4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบอกเหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี มากที่สุดในข้อคำถามที่ 1 คือ ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร (ร้อยละ 87.3) กลุ่มตัวอย่างบอกเหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี ร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย มากที่สุดในข้อคำถามที่ 4 คือ ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไป นี้ และเพราะอะไร (ร้อยละ 69.6) กลุ่มตัวอย่างบอกเหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย ร่วมกับ แสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเอง มากที่สุดในข้อคำถามที่ 3 คือ ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร (ร้อยละ 0.7)

สำหรับข้อคำถามที่ 5 มีตัวเลือก 4 ตัวเลือกแบบปรนัยและตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบในข้อที่เป็นการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มี มากที่สุด (ร้อยละ 64.3) รองลงมาได้แก่ การวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย (ร้อยละ 43.0) และ แสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิด (ร้อยละ 18.9) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.27)

ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละของระดับการให้เหตุผลด้านการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=440)

การตัดสินใจ	การให้เหตุผล (จำนวน(ร้อยละตามแถว))			
	จากความรู้ ความเข้าใจ ที่มี (1)	(1) + การวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสีย (2)	(1)+(2)+ แสดงทาง เลือกที่เกิดผล กระทบน้อย ต่อตนเอง (3)	(1)+(2)+(3)+ แสดงทาง เลือกที่เกิดผล กระทบน้อย ต่อผู้อื่นหรือ หักล้างความ เข้าใจผิด (4)
1. ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำอัดลม มาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร	384 (87.3)	56 (12.7)	0	0
2. ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะ เลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร	217 (49.3)	223 (50.7)	0	0
3. ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยา กินเองหรือไม่ เพราะอะไร	229 (52.0)	208 (47.3)	3 (0.7)	0
4. ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไป นี้และเพราะอะไร	133 (30.2)	306 (69.6)	1 (0.2)	0
5. หากท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลด อาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะ ตัดสินใจโดยพิจารณาจากข้อใดต่อไปนี้บ้าง*	283 (64.3)	189 (43.0)	65 (14.8)	83 (18.9)

หมายเหตุ ข้อที่ 5* = มีตัวเลือกแบบปรนัยและตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

5) องค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) กำหนดเป้าหมายเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองและวางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายในระยะเวลา 1 - 3 เดือน รองลงมาได้แก่ กลุ่มตัวอย่างสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ (ร้อยละ 99.8) (ตารางที่ 4.28)

ตารางที่ 4.28 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=440)

การจัดการตนเอง	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน (ร้อยละตามแถว))		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ทำเลย
1. ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง	276 (62.7)	164 (37.3)	0
2. ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายในระยะเวลา 1 - 3 เดือน	275 (62.5)	165 (37.5)	0
3. ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	226 (51.4)	213 (48.4)	1 (0.2)
4. ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้	167 (38.0)	260 (59.0)	13 (3.0)
5. หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	170 (38.6)	257 (58.4)	13 (3.0)

6) องค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.5) จะนำข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพมาปฏิบัติต่อตนเองเมื่อคิดว่าข้อมูลนั้นถูกต้อง รองลงมาได้แก่ กลุ่มตัวอย่างจะนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง (ร้อยละ 79.3) และกลุ่มตัวอย่างจะนำเนื้อหาหรือข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา (ร้อยละ 59.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.29)

ตารางที่ 4.29 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติด้านการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=440)

การรู้เท่าทันสื่อ	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน (ร้อยละตามแถว))		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ทำเลย
1. ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ	5 (1.1)	184 (41.9)	251(57.0)
2. ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา	38 (8.6)	223 (50.7)	179 (40.7)
3. ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	35 (8.0)	183 (41.6)	222 (50.4)
4. หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	44 (10.0)	328 (74.5)	68 (15.5)
5. หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง	38 (8.6)	311 (70.7)	91 (20.7)

7) ผลการจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

ในการคำนวณคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทำได้โดยขั้นตอนแรกนำคะแนนของข้อคำถามที่วัดแต่ละระดับคูณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (จากตารางที่ 4.7) จากนั้นนำมาหาผลรวมของคะแนนแต่ละระดับ รายละเอียดดังนี้

คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับพื้นฐาน = (คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับพื้นฐานขององค์ประกอบที่ 1 × ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบที่ 1) +(คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับพื้นฐานขององค์ประกอบที่ 6 × ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบที่ 6)

คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับปฏิสัมพันธ์ = (คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่ 1 × ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบที่ 1) +(คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่ 6 × ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบที่ 6)

คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับวิจารณ์ญาณ = (คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับวิจารณ์ญาณขององค์ประกอบที่ 1 × ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบที่ 1) +(คะแนนข้อคำถามที่วัดระดับวิจารณ์ญาณขององค์ประกอบที่ 6 × ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบที่ 6)

โดยสรุป แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถจำแนกออกเป็น

1. ข้อคำถามที่วัดระดับพื้นฐาน จำนวน 11 ข้อ เมื่อคูณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 3.12 คะแนน กลุ่มระดับพื้นฐาน คือ ผู้ที่ได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 1.56 คะแนน

2. ข้อคำถามที่วัดระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 14 ข้อ เมื่อคูณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 4.34 คะแนน กลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 5.29 คะแนน

3. ข้อคำถามที่วัดระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 13 ข้อ เมื่อคูณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 4.00 คะแนน กลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ และได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับวิจารณ์ญาณร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 9.46 คะแนน

ผลการจัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับพื้นฐาน จำนวน 438 คน (ร้อยละ 99.5) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) (ตารางที่ 4.30)

ตารางที่ 4.30 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (n=440)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ	จำนวนข้อคำถาม	คะแนนเมื่อคุณค่าน้ำหนัก	เกณฑ์คะแนนที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (แถว)
ระดับพื้นฐาน	11	3.12	1.56 ขึ้นไป	438	99.5
ระดับปฏิสัมพันธ์	14	4.34	5.29 ขึ้นไป	2	0.5
ระดับวิจารณ์ญาณ	13	4.00	9.46 ขึ้นไป	0	0
รวม	38	11.46		440	100

ผลการจัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายทั้งหมดมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน จำนวน 61 คน (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐานเช่นกัน จำนวน 377 คน (ร้อยละ 99.5) (ตารางที่ 4.31)

ตารางที่ 4.31 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ (n=440)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	เพศ				รวม (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)
	ชาย		หญิง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ระดับพื้นฐาน	61	100	377	99.5	438	99.5
ระดับปฏิสัมพันธ์	0	0	2	0.5	2	0.5
ระดับวิจารณ์ญาณ	0	0	0	0	0	0
รวม	61	100	379	100	440	100

เมื่อจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามชมรมผู้สูงอายุทั้ง 3 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุมีนบุรี ชมรมผู้สูงอายุทับเจริญ และชมรมผู้สูงอายุห้วยขวาง พบว่า ชมรมผู้สูงอายุที่มีผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุมีนบุรี (ร้อยละ 0.4) และชมรมผู้สูงอายุห้วยขวาง (ร้อยละ 0.9) นอกจากนั้นทั้ง 3 ชมรมมีผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มพื้นฐาน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุทับเจริญ (ร้อยละ 100) ชมรมผู้สูงอายุมีนบุรี (ร้อยละ 99.6) และชมรมผู้สูงอายุห้วยขวาง (ร้อยละ 99.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.32 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามชมรมผู้สูงอายุ

ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	ชมรมผู้สูงอายุ						รวม (คน)
	มีนบุรี		ทับเจริญ		ห้วยขวาง		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คอลัมน์)	
ระดับพื้นฐาน	227	99.6	105	100	106	99.1	438
ระดับปฏิสัมพันธ์	1	0.4	0	0	1	0.9	2
ระดับวิจารณ์ญาณ	0	0	0	0	0	0	0
รวม	228	100	105	100	107	100	440

2.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

1) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพใช้สถิติ chi-square

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากรกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพในอดีต รายได้ ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การพูด การอ่าน และการเขียน (p-value <0.001) และตัวแปรเพศ (p-value=0.005) สถานภาพสมรส (p-value=0.002) และความพอเพียงของรายได้ (p-value=0.016) (ตารางที่ 4.33)

ตารางที่ 4.33 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากรกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ (n=440)

ตัวแปร		ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ						Chi-square	p-value
		กลุ่มพื้นฐาน		กลุ่มปฏิสัมพันธ์		กลุ่มวิจารณ์ญาณ			
		จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)		
อายุ (ปี)	60-65	20	18.2	86	39.1	50	45.5	62.583	<0.001
	66-70	29	26.4	62	28.2	37	33.6		
	71-75	21	19.1	49	22.3	20	18.2		
	มากกว่า 75	40	36.4	23	10.5	3	2.7		
เพศ	ชาย	9	8.2	27	12.3	25	22.7	10.677	0.005
	หญิง	101	91.8	193	87.7	85	77.3		
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	18	16.4	2	0.9	0	0	129.685	<0.001
	ประถม	77	70.0	127	57.7	39	35.5		
	มัธยม	14	12.7	62	28.2	25	22.7		
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	13	5.9	32	29.1		
	อื่นๆ	1	0.9	16	7.3	14	12.7		
ศาสนา	พุทธ	100	90.9	184	83.6	98	89.1	4.051	0.132
	อื่นๆ	10	9.1	36	16.4	12	10.9		

ตารางที่ 4.33 (ต่อ)

ตัวแปร		ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ						Chi-square	p-value
		กลุ่มพื้นฐาน		กลุ่มปฏิสัมพันธ์		กลุ่มวิจารณ์ญาณ			
		จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)		
สถานภาพสมรส	โสด	8	7.3	24	10.9	9	8.2	20.264	0.002
	คู่	40	36.4	108	49.1	60	54.5		
	หม้าย	58	52.7	71	32.3	30	27.3		
	อื่นๆ	4	3.6	17	7.7	11	10.0		
อาชีพในอดีต	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	10.9	30	13.6	12	10.9	68.755	<0.001
	รับจ้าง	37	33.6	73	33.2	18	16.4		
	ค้าขาย	46	41.8	58	26.4	20	18.2		
	ข้าราชการ	0	0	17	7.7	28	25.5		
	พจน.บริษัท	11	10.0	39	17.7	30	27.3		
	เกษตรกร	4	3.6	3	1.4	2	1.8		
รายได้ (บาท)	น้อยกว่า 5,000	75	68.2	114	51.8	35	31.8	42.879	<0.001
	5,001 – 10,000	20	18.2	55	25.0	22	20.0		
	มากกว่า 10,000	15	13.6	51	23.2	53	48.2		
ความพอเพียง	เงินพอใช้	71	64.5	130	59.1	55	50.0	12.227	0.016
	เงินเหลือเก็บ	26	23.6	74	33.6	49	44.5		
	มีหนี้สิน	13	11.8	16	7.3	6	5.5		
โรคประจำตัว	ไม่มี	12	10.9	32	14.5	18	16.4	1.427	0.490
	มี	98	89.1	188	85.5	92	83.6		
การมองเห็น	มองเห็นชัดเจน	28	25.5	93	42.3	77	70.0	45.418	<0.001
	ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	82	74.5	127	57.7	33	30.0		
การได้ยิน	ได้ยินชัดเจน	49	44.5	158	71.8	93	84.5	43.246	<0.001
	ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	61	55.5	62	28.2	17	15.5		

ตารางที่ 4.33 (ต่อ)

ตัวแปร		ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ						Chi-square	p-value
		กลุ่มพื้นฐาน		กลุ่มปฏิสัมพันธ์		กลุ่มวิจารณ์ญาณ			
		จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)		
การพูด	พูดคล่อง	77	70.0	203	92.3	105	95.5	41.745	<0.001
	คล่องบ้าง ไม่คล่อง บ้าง	33	30.0	17	7.7	5	4.5		
การอ่าน	อ่านคล่อง	28	25.5	141	64.1	99	90.0	127.153	<0.001
	คล่องบ้าง ไม่คล่อง บ้าง	55	50.0	74	33.6	11	10.0		
	อ่านไม่ คล่องเลย	27	24.5	5	2.3	0	0		
การเขียน	เขียนคล่อง	25	22.7	126	57.3	98	89.1	131.070	<0.001
	คล่องบ้าง ไม่คล่อง บ้าง	49	44.5	82	37.3	12	10.9		
	เขียนไม่ คล่องเลย	36	32.7	12	5.5	0	0		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านครอบครัวกับระดับคะแนนความฉลาดทาง
 สุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ ได้แก่ ผู้ดูแล (p-value <0.001) และผู้เตรียมอาหาร (p-value=0.008) (ตารางที่ 4.34)

ตารางที่ 4.34 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านครอบครัวกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ
 (n=440)

ตัวแปร		ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ						Chi- square	p- value
		กลุ่มพื้นฐาน		กลุ่มปฏิสัมพันธ์		กลุ่มวิจารณ์ญาณ			
		จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ลักษณะ ครอบครัว	เดี่ยว	28	25.5	57	25.9	35	31.8	1.535	0.464
	ขยาย	82	74.5	163	74.1	75	68.2		
ผู้ดูแล	ดูแลตนเอง	53	48.2	152	69.1	81	73.6	42.368	<0.001
	บุตร	49	44.5	48	21.8	10	9.1		
	อื่นๆ	8	7.3	20	9.1	19	17.3		
ผู้เตรียม อาหาร	ทำอาหาร เอง	64	58.2	167	75.9	80	72.7	13.725	0.008
	ผู้ดูแล ทำอาหารให้	36	32.7	38	17.3	19	17.3		
	อื่นๆ	10	9.1	15	6.8	11	10.0		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล (p-value <0.001) และสถานบริการที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย (p-value=0.003) (ตารางที่ 4.35)

ตารางที่ 4.35 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ (n=440)

ตัวแปร		ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ						Chi-square	p-value
		กลุ่มพื้นฐาน		กลุ่มปฏิสัมพันธ์		กลุ่มวิจารณ์ญาณ			
		จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)		
สิทธิในการรักษาพยาบาล	ชำระ เงินเอง	4	3.6	13	5.9	3	2.7	56.620	<0.001
	สิทธิบัตรทอง ผู้สูงอายุ	76	69.1	149	67.7	55	50.0		
	สิทธิข้าราชการ บำนาญ	0	0	17	7.7	28	25.5		
	สิทธิบุตร ที่เป็น ข้าราชการ	24	21.8	22	10.0	10	9.1		
	อื่นๆ	6	5.5	19	8.6	14	12.7		
สถานบริการที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	47	42.7	79	35.9	25	22.7	20.167	0.003
	รพ.รัฐ	47	42.7	88	40.0	57	51.8		
	รพ.เอกชน	14	12.7	37	16.8	26	23.6		
	อื่นๆ	2	34.3	16	43.6	2	17.5		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านอายุการเป็นสมาชิกชมรมและด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (p -value=0.027) และความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม (p -value=0.023) (ตารางที่ 4.36)

ตารางที่ 4.36 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านอายุการเป็นสมาชิกชมรมและด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

ตัวแปร		ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ						Chi-square	p-value
		กลุ่มพื้นฐาน		กลุ่มปฏิสัมพันธ์		กลุ่มวิจารณ์ญาณ			
		จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)		
ระยะเวลาการเป็นสมาชิก (ปี)	1 – 5	50	45.5	108	49.1	56	50.9	10.919	0.027
	6 – 10	36	32.7	88	40.0	45	40.9		
	มากกว่า 10	24	21.8	24	10.9	9	8.2		
ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรม (ครั้ง/เดือน)	1	23	20.9	34	15.5	14	12.7	17.757	0.023
	2	30	27.3	48	21.8	17	15.5		
	3	4	3.6	8	3.6	3	2.7		
	4	20	18.2	43	19.5	14	12.7		
	อื่นๆ	33	30.0	87	39.5	62	56.4		
กิจกรรมที่เข้าร่วม	เกี่ยวกับสุขภาพ	98	89.1	201	91.4	101	91.8	0.605	0.739
	ตามความสนใจ	12	10.9	19	8.6	9	8.2		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการเดินทางมาชมรมกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเดินทาง (p-value <0.001) และระยะเวลาเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ (p-value=0.043) (ตารางที่ 4.37)

ตารางที่ 4.37 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการเดินทางมาชมรมกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

ตัวแปร		ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ						Chi-square	p-value
		กลุ่มพื้นฐาน		กลุ่มปฏิสัมพันธ์		กลุ่มวิจารณ์ญาณ			
		จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)	จำนวน	ร้อยละ (คอลัมน์)		
การ เดินทาง	มาเอง	91	82.7	211	95.9	105	95.5	20.213	<0.001
	มีคนมาส่ง	19	17.3	9	4.1	5	4.5		
วิธี เดินทาง	เดิน	22	20.0	44	20.0	20	18.2	9.912	0.271
	รถจักรยานยนต์	12	10.9	19	8.6	4	3.6		
	รถยนต์ส่วนตัว	16	14.5	34	15.5	27	24.5		
	รถโดยสาร ประจำทาง	50	45.5	110	50.0	50	45.5		
	อื่นๆ	10	9.1	13	5.9	9	8.2		
ระยะเวลา เดินทาง (นาที)	5 – 15	37	33.6	86	39.1	54	49.1	12.978	0.043
	16 – 25	30	27.3	32	14.5	17	15.5		
	26 – 35	34	30.9	81	36.8	30	27.3		
	มากกว่า 35	9	8.2	21	9.5	9	8.2		

2) ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) ที่มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 25 ตัวแปร

- ตัวแปรอิสระในปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระดับการศึกษา 4) ศาสนา 5) สถานภาพสมรส 6) อาชีพ 7) ระดับรายได้ 8) ความพอเพียงของรายได้ 9) โรคประจำตัว 10) ความสามารถในการมองเห็น 11) ความสามารถในการได้ยิน 12) ความสามารถในการพูด 13) ความสามารถในการอ่าน 14) ความสามารถในการเขียน

- ตัวแปรอิสระในปัจจัยด้านครอบครัว 15) ลักษณะครอบครัว 16) ผู้ดูแล 17) ผู้เตรียมอาหาร

- ตัวแปรอิสระในปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม 18) สิทธิในการรักษาพยาบาล 19) สถานบริการที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย

- ตัวแปรอิสระในปัจจัยด้านอายุการเป็นสมาชิกชมรม 20) ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม

- ตัวแปรอิสระในปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 21) ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 22) กิจกรรมของชมรมที่เข้าร่วม

- ตัวแปรอิสระในปัจจัยด้านการเดินทางมาชมรม 23) การเดินทางมาชมรม 24) วิธีเดินทางมาชมรม 25) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

ในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

(1) ตรวจสอบความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรง (multicollinearity) ของตัวแปรอิสระ จำนวน 25 ตัวแปร โดยใช้ค่า Tolerance และค่า VIF (Variance Inflation Factor) (ตารางที่ 4.38)

ตารางที่ 4.38 ค่า Tolerance และค่า VIF ของตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

	ค่า Tolerance	ค่า VIF
ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร		
1.อายุ	0.62	1.62
2.เพศ	0.68	1.46
3.ระดับการศึกษา	0.64	1.56

ตารางที่ 4.38 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
4.ศาสนา	0.87	1.15
5.สถานภาพสมรส	0.86	1.17
6.อาชีพ	0.91	1.10
7.ระดับรายได้	0.72	1.39
8.ความพอเพียงของรายได้	0.85	1.17
9.โรคประจำตัว	0.90	1.11
10.ความสามารถในการมองเห็น	0.61	1.63
11.ความสามารถในการได้ยิน	0.50	1.99
12.ความสามารถในการพูด	0.60	1.66
13.ความสามารถในการอ่าน	0.17	5.81
14.ความสามารถในการเขียน	0.19	5.34
ปัจจัยด้านครอบครัว		
15.ลักษณะครอบครัว	0.94	1.07
16.ผู้ดูแล	0.70	1.43
17.ผู้เตรียมอาหาร	0.67	1.49
ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม		
18.สิทธิในการรักษาพยาบาล	0.85	1.18
19.สถานบริการที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย	0.82	1.22
ปัจจัยด้านอายุการเป็นสมาชิกชมรม		
20.ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม	0.73	1.37
ปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม		
21.ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม	0.75	1.34
22.กิจกรรมของชมรมที่เข้าร่วม	0.86	1.16
ปัจจัยด้านการเดินทางมาชมรม		
23.การเดินทางมาชมรม	0.87	1.15
24.วิธีเดินทางมาชมรม	0.63	1.59
25.ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง	0.74	1.34

ตารางที่ 4.38 พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทั้ง 25 ตัว มีค่าตั้งแต่ 0.17 – 0.94 และมีค่า VIF ตั้งแต่ 1.07 – 5.81 แสดงว่า ตัวแปรอิสระชุดนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรง เนื่องจากมีค่า Tolerance สูงกว่าเกณฑ์ คือ 0.10 หรือมีค่า VIF (Variance Inflation Factor) ไม่เกินเกณฑ์ คือ 10 [64] ดังนั้น จึงสามารถนำไปเป็นตัวแปรอิสระเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้

(2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) ที่มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 25 ตัวแปร และตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ (ตารางที่ 4.39)

ในการค้นหาตัวแปรอิสระที่ดีในการทำนายคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ วิธีการคัดเลือกแบบลำดับขั้น (stepwise selection) [60] โดยในขั้นแรกจะเลือกตัวแปรทำนายที่มีสหสัมพันธ์กับตัวแปรตามสูงที่สุดเข้าสมการก่อน จากนั้นก็จะทดสอบตัวแปรที่ไม่ได้อยู่ในสมการว่าจะมีตัวแปรทำนายตัวใดบ้างมีสิทธิ์เข้ามาอยู่ในสมการ และขณะเดียวกันก็จะทดสอบตัวแปรที่อยู่ในสมการด้วยว่าตัวแปรทำนายที่อยู่ในสมการตัวแปรใดมีโอกาสที่จะถูกขจัดออกจากสมการ โดยจะกระทำการคัดเลือกทั้งสองวิธีนี้ในทุกขั้นตอนจนกระทั่งไม่มีตัวแปรใดที่ถูกคัดออกจากสมการ และไม่มีตัวแปรใดที่จะถูกนำเข้ามาในสมการ กระบวนการก็จะยุติและได้สมการถดถอยที่มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด

ตารางที่ 4.39 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ วิธีการคัดเลือกแบบลำดับขั้น (stepwise selection)

model	variables	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value	adjusted R ²
		B	SE	Beta			
		B	SE	Beta			
16	constant	52.245	3.664		14.261	<0.001	0.538
	เขียนคล่อง	7.951	0.889	0.536	8.945	<0.001	
	เรียนจบปริญญาตรี	6.785	0.970	0.265	6.997	<0.001	
	อายุ	-0.155	0.047	-0.127	-3.273	0.001	
	เขียนคล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	4.511	0.871	0.287	5.179	<0.001	
	สิทธิข้าราชการบำนาญ	2.028	0.988	0.084	2.052	0.041	
	บุตรสาวดูแล	-1.833	0.651	-0.102	-2.817	0.005	
	มองเห็นชัดเจน	1.635	0.542	0.111	3.018	0.003	
	เรียนจบปวส.	4.771	1.578	0.101	3.023	0.003	
	เข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง/เดือน	-3.312	0.716	-0.166	-4.624	<0.001	

ตารางที่ 4.39 (ต่อ)

model	variables	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value	adjusted R ²
		B	SE	Beta			
	เข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้ง/เดือน	-2.745	0.639	-0.154	-4.298	<0.001	
	เข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง/เดือน	-2.263	0.684	-0.117	-3.310	0.001	
	เรียนจบปริญญาโท	7.877	2.470	0.114	3.189	0.002	
	การเดินทางมาชมรม	2.533	0.939	0.091	2.697	0.007	
	เพศ	1.837	0.737	0.086	2.491	0.013	
	เรียนจบอนุปริญญา	5.242	2.296	0.076	2.283	0.023	
	เข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง/เดือน	-3.080	1.372	-0.076	-2.246	0.025	

หมายเหตุ :

Unstandardized Coefficients (B) คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปรในแบบคะแนนดิบหรือค่าจริง (นำมาใช้ในการสร้างสมการพยากรณ์)

Standard error (SE) คือ ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยสำหรับแต่ละตัวแปรอิสระ

Standardized Coefficients (Beta) คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระในแบบคะแนนมาตรฐาน จากค่า Beta สามารถบอกได้ว่าตัวแปรอิสระใดมีผลหรืออิทธิพลต่อตัวแปรตามมากหรือน้อยกว่ากัน ถ้า Beta ของตัวแปรอิสระใดมีค่ามาก (ไม่คิดเครื่องหมาย) แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมาก

adjusted R² คือ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่มีการปรับแก้ให้เหมาะสม เมื่อข้อมูลที่ให้มีจำนวนน้อยและตัวแปรอิสระมีจำนวนมาก

จากตารางที่ 4.39 ผลจากการวิเคราะห์แบบ stepwise selection พบว่าตัวแปรอิสระที่ร่วมกันทำนายคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีอำนาจพยากรณ์ ร้อยละ 53.8 (adjusted R²=0.538) ประกอบด้วยตัวแปรอิสระย่อย 16 ตัว ได้แก่ ตัวแปรเขียนคล่อง เรียนจบปริญญาตรี อายุ เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง ใช้สิทธิการรักษาของข้าราชการบำนาญ บุตรสาวดูแล มองเห็นชัดเจน เรียนจบปวส. เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 1 ครั้ง/เดือน เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 2 ครั้ง/เดือน เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 4 ครั้ง/เดือน เรียนจบปริญญาโท การเดินทางมาชมรม เพศ เรียนจบอนุปริญญา และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 3 ครั้ง/เดือน

สำหรับตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุดคือ ตัวแปรเขียนคล่อง (Beta=0.536) รองลงมาได้แก่ เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง (Beta=0.287) และ เรียนจบปริญญาตรี (Beta=0.265)

จากโมเดลสุดท้าย สามารถเขียน สมการถดถอยพหุคูณ ที่ใช้ทำนายคะแนนความฉลาดทางสุขภาพได้ ดังนี้

คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ = 52.245 + 7.951 (เขียนคล่อง) + 6.785 (จบป.ตรี) - 0.155 (อายุ) + 4.511 (เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง) + 2.028 (สิทธิข้าราชการบำนาญ) - 1.833 (บุตรสาวดูแล) + 1.635 (มองเห็นชัดเจน) + 4.771 (จบปวส.) - 3.312 (ร่วมกิจกรรม 1 ค/ด) - 2.745 (ร่วมกิจกรรม 2 ค/ด) - 2.263 (ร่วมกิจกรรม 4 ค/ด) + 7.877 (จบป.โท) + 2.533 (เดินทางมาชมรม) + 1.837 (เพศชาย) + 5.242 (จบอนุปริญญา) - 3.080 (ร่วมกิจกรรม 3 ค/ด)

จากสมการถดถอยพหุคูณ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนเขียนคล่องจะมากกว่าคนที่เขียนไม่คล่องเลย 7.951 คะแนน
2. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนเรียนจบปริญญาตรีจะมากกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 6.785 คะแนน
3. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆแล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะลดลง 0.155 คะแนน
4. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนเขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้างจะมากกว่าคนที่เขียนไม่คล่องเลย 4.511 คะแนน
5. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่ใช้สิทธิการรักษาของข้าราชการบำนาญจะมากกว่าคนที่ใช้สิทธิการรักษาอื่นๆ 2.028 คะแนน
6. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่มีบุตรสาวคอยดูแลจะน้อยกว่าคนที่ดูแลตนเอง 1.833 คะแนน
7. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนมองเห็นชัดเจนจะมากกว่าคนที่มองไม่เห็นเลย 1.635 คะแนน
8. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนเรียนจบปวส.จะมากกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 4.771 คะแนน

9. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 1 ครั้ง/เดือนจะน้อยกว่าคนที่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน 3.312 คะแนน

10. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 2 ครั้ง/เดือนจะน้อยกว่าคนที่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน 2.745 คะแนน

11. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 4 ครั้ง/เดือนจะน้อยกว่าคนที่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน 2.263 คะแนน

12. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่เรียนจบปริญญาโทจะมากกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 7.877 คะแนน

13. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่เดินทางมาชมรมด้วยตนเองจะมากกว่าคนที่มีคนมาส่ง 2.533 คะแนน

14. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง 1.837 คะแนน

15. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่เรียนจบอนุปริญญาจะมากกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 5.242 คะแนน

16. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพของคนที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 3 ครั้ง/เดือนจะน้อยกว่าคนที่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน 3.080 คะแนน

สรุปผลในภาพรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการเดินทางมาชมรม

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) ระหว่างการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) และการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีนบุรี ทับเจริญ และห้วยขวาง จำนวน 440 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20 คำนวณค่าสถิติ ดังนี้ การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) และโปรแกรมลิสเรล (LISREL) version 8.80 เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

เครื่องมือที่พัฒนา คือ แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนามาจากกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 15 ท่าน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) แบบทดสอบประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้านตามองค์ประกอบ คือ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายองค์ประกอบและภาพรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0.67 – 1.00

1.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำแนกตามองค์ประกอบ สรุปผลได้ดังนี้

1) องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ลักษณะข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก วิเคราะห์คุณภาพโดยใช้ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) และค่าความเที่ยง (KR20) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามมีค่าความยากเฉลี่ยในระดับง่าย ($p = 0.85$) มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับพอใช้ ($D = 0.24$) และมีค่าความเที่ยงในระดับพอใช้ ($KR 20 = 0.47$)

2) องค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า วิเคราะห์คุณภาพโดยใช้ค่าอำนาจจำแนก (D) และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก ($D=0.73$) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.88)

3) องค์ประกอบด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า วิเคราะห์คุณภาพโดยใช้ค่าอำนาจจำแนก (D) และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก ($D=0.65$) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.86)

4) องค์ประกอบด้านการตัดสินใจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสถานการณ์สั้น มี 2 – 4 ตัวเลือก และให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ วิเคราะห์คุณภาพโดยใช้ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามมีค่าความยากเฉลี่ยในระดับค่อนข้างยาก ($p=0.33$) ค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดี ($D=0.56$) และมีค่าความเที่ยงในระดับพอใช้ (Cronbach's alpha coefficient=0.56)

5) องค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า วิเคราะห์คุณภาพโดยใช้ค่าอำนาจจำแนก (D) และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก ($D=0.81$) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.93)

6) องค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่าวิเคราะห์คุณภาพโดยใช้ค่าอำนาจจำแนก (D) และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก ($D=0.65$) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.84)

1.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพ

1) โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดยมีค่าผลหารระหว่างค่าไค-สแควร์กับค่าองศาอิสระมีค่าเท่ากับ 1.05 ซึ่งมีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 (p -value=0.17) หมายความว่าโมเดลการวัดตามทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.91 ค่าดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนจากการประมาณค่า (RMSEA) มีค่า 0.011

2) องค์ประกอบเชิงยืนยันของความฉลาดทางสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.05 – 0.26 โดยองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคมีย่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานน้อยที่สุด และด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด

1.4 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือโดยใช้เทคนิคการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test ของกลุ่มต่ำและกลุ่มสูง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐานที่ระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) โดยมีค่าสถิติทดสอบที่เท่ากับ -40.601 แสดงให้เห็นว่าแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนามีอำนาจจำแนกดีมาก

2. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

2.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 99.5 และระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 0.5

2.2 ผู้สูงอายุเพศชายทั้งหมด มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 100) ผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่ มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐานเช่นกัน (ร้อยละ 99.5)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

3.1 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi-square) พบว่า ตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้อง 20 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพในอดีต รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การพูด การอ่าน การเขียน ผู้ดูแล ผู้เตรียมอาหาร สิทธิในการรักษาพยาบาล สถานบริการที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การเดินทางมาชมรม และระยะเวลาเดินทางมาชมรม

3.2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถนำมาใช้ในการทำนายคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ มี 16 ตัวแปรย่อย ได้แก่ เขียนคล่อง เรียนจบปริญญาตรี อายุ เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง ใช้สิทธิการรักษาของข้าราชการบำนาญ บุตรสาวดูแล มองเห็นชัดเจน เรียนจบปวส. เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 1 ครั้ง/เดือน เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 2 ครั้ง/เดือน เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 4 ครั้ง/เดือน เรียนจบปริญญาโท การเดินทางมาชมรม เพศ เรียนจบอนุปริญญา และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 3 ครั้ง/เดือน โดยตัวแปรชุดนี้ร่วมกัน สามารถทำนายคะแนนความฉลาดทางสุขภาพได้ ร้อยละ 53.8 (adjusted $R^2=0.538$)

สรุปผลจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการเดินทางมาชมรม

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย “เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย”

การพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคเดลฟาย เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ในศาสตร์สาขาผู้สูงอายุได้พร้อมกันจำนวนมาก ซึ่งสามารถช่วยขัดเกลาเพื่อให้ได้ข้อคำถามในเครื่องมือวัดที่มีความเที่ยงตรงกับวัตถุประสงค์ในการวัด โดยในการศึกษานี้ มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 15 ท่าน ที่ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องมีการพบปะหรือประชุมกัน ซึ่งต่างจากเทคนิคการ

สนทนากลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) โดยเทคนิคเดลฟาย ผู้เชี่ยวชาญไม่มีโอกาสรู้ว่าในงานวิจัยนี้มีผู้เชี่ยวชาญท่านใดบ้างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามหรือแสดงความคิดเห็น ทำให้สามารถลดความขัดแย้งทางวิชาการระหว่างผู้เชี่ยวชาญ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านไม่มีอิทธิพลต่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพ ที่มีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.7 มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 3) การจัดการตนเอง และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งจัดได้ว่ามีความเที่ยงในระดับสูงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ [65] ที่พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบที่มีค่ามากกว่า 0.70 เป็นแบบทดสอบที่เชื่อมั่นได้ แสดงว่าองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam [17] ที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษานี้ มีความเป็นไปได้ (feasibility) ในการนำไปใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับองค์ประกอบอีก 2 ด้านที่มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับพอใช้ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค และองค์ประกอบด้านการตัดสินใจ ดังนั้นก่อนที่จะนำเครื่องมือไปใช้ ควรต้องพิจารณาปรับปรุงในบางประเด็น ตามรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งมีค่าความยากเฉลี่ยรายข้อในระดับง่าย ($p = 0.85$) ค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยรายข้อมีค่าในระดับพอใช้ ($D=0.24$) อย่างไรก็ตาม แบบทดสอบด้านนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับพอใช้ ($KR20=0.47$) ดังนั้นการปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้มีค่าความยากเพิ่มขึ้น (ค่าความยากที่ยอมรับได้ มีค่าตั้งแต่ 0.2 – 0.8) จะช่วยเพิ่มความสามารถในการจำแนกของแบบทดสอบได้ดีขึ้น ส่งผลให้แบบทดสอบในองค์ประกอบด้านนี้มีค่าความเที่ยงสูงขึ้นกว่าเดิม

สำหรับองค์ประกอบด้านการตัดสินใจ มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับพอใช้ (Cronbach's alpha coefficient=0.56) และมีค่าความยากในระดับปานกลางถึงค่อนข้างยาก เนื่องจากแบบทดสอบในองค์ประกอบนี้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดความคิด การวิเคราะห์ การตัดสินใจของผู้ทำแบบทดสอบภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดให้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบและปรับปรุงข้อคำถามจนได้ข้อคำถามที่มีค่าความยากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ทุกข้อ โดยมีค่าความยากเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับค่อนข้างยาก ($p=0.33$) และมีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดี ($D=0.56$)

อนึ่งเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ ไม่ได้วางแผนในขั้นตอนสร้างเครื่องมือว่าในแต่ละองค์ประกอบควรประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory

factor analysis) เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) แล้วพบว่าแต่ละองค์ประกอบ (โมเดลการวัดตามทฤษฎี) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สำหรับการใช้เครื่องมือนี้แยกส่วน ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละระดับ มีโอกาสความเป็นไปได้ เนื่องจากข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ สามารถจำแนกได้ว่าข้อคำถามนั้นๆ วัดความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ หรือระดับวิจารณ์ญาณ (ตามรายละเอียดในหัวข้อ ข. ระยะที่สอง การนำเครื่องมือ “แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ” ไปใช้)

โดยสรุป จากการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น (ภายใต้กรอบแนวคิดของ Nutbeam) โดยใช้เทคนิคเดลฟายพบว่า เครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้วัดหรือทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ เนื่องจากทั้ง 6 องค์ประกอบมีค่าความเที่ยง ค่าความยาก และค่าอำนาจจำแนกอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ถึงดีมาก อย่างไรก็ตามการวัดความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบด้านการตัดสินใจนั้น เวลานำไปใช้ควรต้องพิจารณาควบคู่ไปกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และต้องควบคุมอคติที่อาจจะเกิดขึ้นจากผู้ที่ใช้ด้วย เนื่องจากลักษณะคำถามและคำตอบเป็นเชิงคิดวิเคราะห์ที่เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่จะให้เหตุผลในการตอบคำถามแต่ละข้อ

2. จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย “เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (ระดับต่ำ) ร้อยละ 99.5 และระดับปฏิสัมพันธ์ (ระดับปกติ) ร้อยละ 0.5 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sudore et al. [38] ที่พบว่า ร้อยละ 24 ของผู้สูงอายุในรัฐเพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ Federman et al. [46] พบว่า ร้อยละ 24.3 ของผู้สูงอายุในนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และ Li et al. [48] พบว่า ร้อยละ 68.7 ของผู้สูงอายุจีนเชื้อสายเกาหลีที่อาศัยอยู่ที่เมือง Yanbian มีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การที่ผลวิจัยครั้งนี้มีค่าแตกต่างกับการศึกษาทั้ง 3 ที่กล่าวมาเนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะบางประการที่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุเฉลี่ย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และกลุ่มตัวอย่างมีสถานะสุขภาพที่ดี ส่วนระดับการศึกษาพบกว่ากลุ่มตัวอย่างของ Federman et al. [46] เรียนจบสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 72.1) รองลงมาคือ Li et al. [48] และ Sudore et al. [38] ร้อยละ 45.5 และ 22.1 ตามลำดับ

3. จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย “เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร”

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการเดินทางมาชมรม แสดงให้เห็นว่าความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่จะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน

เมื่อพิจารณารายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น อภิปรายได้ดังนี้

3.1 **อายุ** เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาที่พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น คะแนนความฉลาดทางสุขภาพน้อยลง สามารถอธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อม จำอดีตได้แม่นยำ แต่จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อย หรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดซ้ำ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งเกิดจากการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ดังนั้นผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. [44] Li et al. [48] และ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี [50] ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gazmararian et al. [13] พบว่า ผู้ที่อายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ von Wagner et al. [43] Ozdemir et al. [45] และ Lee et al. [49] ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayotte et al. [41] ที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นไม่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ แต่สัมพันธ์กับการระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของ Ayotte et al. [41] กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยศึกษาทั้งการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพและการให้ระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ โดยอายุของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ แต่อายุมีความสัมพันธ์กับการระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ เช่น ไม่สามารถระลึกถึงคำแนะนำหรือการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวที่เคยได้รับมา เป็นต้น

3.2 **เพศ** เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. [44] และ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี [50] ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษานี้ยังพบอีกว่าเพศชายมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องมาจาก ในการศึกษาครั้งนี้ เพศชายมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.5 ส่วนเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 15.3

และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. [48] และ Ozdemir et al.[45] ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพต่ำ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sudore et al. [38] และ von Wagner et al. [43] ที่พบว่า เพศชายมีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกว่าเพศหญิง

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศและระดับการศึกษาด้วย สถิติไค-สแควร์ พบว่า เพศและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.006$)

3.3 **ระดับการศึกษา** เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับ ปวส. ขึ้นไป จะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. [44] และ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี [50] ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาของ Sudore et al. [38] และ Gazmararian et al. [13] พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำ มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ

3.4 **ความสามารถในการมองเห็น** เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มองเห็นชัดเจน มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มองไม่เห็นเลย สามารถอธิบายได้ว่า การมองเห็น เป็นประสาทสัมผัสที่สำคัญที่จะช่วยให้มนุษย์รับรู้ข้อมูลของสิ่งต่างๆรอบตัว ตลอดจนมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการเรียนรู้ ดังนั้นผู้ที่มีความสามารถในการมองเห็นที่ชัดเจน ย่อมสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีการเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม มีการจัดการสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เห็นเลย นอกจากนี้ผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็น อาจเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพของตา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาทางสายตา และ

โรคเกี่ยวกับตา เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดที่รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3.5 ความสามารถในการเขียน เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่เขียนคล่อง และผู้สูงอายุที่เขียนคล่องบ้างไม่คล่องบ้าง มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่เขียนไม่คล่องเลย สามารถอธิบายได้ว่า การเขียน เป็นความสามารถในการอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการจดบันทึกเรื่องราวต่างๆ จากการเรียนรู้ ดังนั้นผู้ที่สามารถเขียนได้คล่อง ย่อมส่งผลให้ผู้นั้นมีการเรียนรู้ดีกว่าผู้ที่เขียนไม่คล่องเลย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bostock and Steptoe [36] ที่พบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพและอัตราการตายที่สูงขึ้น

3.6 ผู้ดูแล เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรสาวคอยดูแล มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมแสดงถึงความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองที่ดีกว่า สามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีการเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม มีการจัดการสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรสาวคอยดูแล โดยผู้สูงอายุที่สามารถมารวมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุได้ มักมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดที่รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3.7 สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษาของข้าราชการบำนาญ มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษาอื่นๆ สามารถอธิบายได้ว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลของข้าราชการบำนาญ จะทำให้ผู้ใช้สิทธินี้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลอื่นๆ (ได้แก่ สิทธิประกันสังคม) เช่น การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ การสอบถามข้อมูลสุขภาพหรือตรวจสอบข้อมูลสุขภาพกับแพทย์ผู้รักษา เป็นต้น ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพที่ผู้วิจัยทำการศึกษา อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดที่รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรสิทธิการรักษาของข้าราชการบำนาญและระดับการศึกษา ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่า สิทธิการรักษาของข้าราชการบำนาญและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

3.8 ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม 1 – 4 ครั้งต่อเดือน มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน สามารถอธิบายได้ว่า การร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลให้สมาชิกที่เข้าร่วมได้รับทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ การทัศนศึกษา ตลอดจนได้สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ หากสมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือนย่อมส่งผลต่อโอกาสในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่ดีกว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดที่รายงานผลการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3.9 การเดินทางมาชมรม เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่เดินทางมาชมรมด้วยตนเอง มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีคนมาส่ง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่สามารถเดินทางมาชมรมด้วยตนเอง ย่อมแสดงถึงความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองที่ดีกว่า สามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีการเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม มีการจัดการสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่มีคนมาส่งที่ชมรม อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดที่รายงานผลการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

สำหรับตัวแปรอิสระที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

ตัวแปรอิสระจำนวน 16 ตัว ที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. **ศาสนา** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่นับถือศาสนาที่แตกต่างกัน การเรียนรู้ และกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2. **สถานภาพสมรส** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 อยู่อาศัยแบบครอบครัวขยาย การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ไม่แตกต่างกัน แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสมรสแบบใดก็ตาม จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่เพียงร้อยละ 47.3 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. [44] และ Li et al. [48] ที่พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสถานภาพสมรส เนื่องจากการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. [44] กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีอายุตั้งแต่ 21–84 ปี (อายุเฉลี่ย 52.79 ± 14.68)

ปี) สถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 70.5 ส่วนการศึกษาของ Li et al.[48] กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจีนเชื้อสายเกาหลี มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 74.14 ± 6.18 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50.4

3. **อาชีพ** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ การมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมซึ่งจะช่วยพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพทางหนึ่ง ไม่มีการแบ่งแยกอาชีพ สมาชิกทุกคนได้รับกิจกรรมในแนวทางเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. [44] ที่พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาชีพ

4. **ระดับรายได้** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ การมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมซึ่งจะช่วยพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพทางหนึ่ง ไม่มีการแบ่งแยกฐานะ และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย สมาชิกทุกคนได้รับกิจกรรมในแนวทางเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sudore et al. [38] von Wagner et al. [43] และ Ozdemir et al. [45] ที่พบว่ารายได้ต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาทั้ง 3 นี้ คัดเลือกมาจากในชุมชนทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาของ von Wagner et al. [43] ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 ปอนด์/ปี รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างของ Sudore et al. [38] มีรายได้น้อยกว่า 10,000 เหรียญสหรัฐ/ปี และกลุ่มตัวอย่างของ Ozdemir et al. [45] มีเศรษฐกิจปานกลาง ร้อยละ 57.9

5. **ความพอเพียงของรายได้** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ การมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมซึ่งจะช่วยพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพทางหนึ่ง ไม่มีการแบ่งแยกฐานะ การมีเงินเก็บ หรือการมีหนี้สิน และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย สมาชิกทุกคนได้รับกิจกรรมในแนวทางเดียวกัน

6. **โรคประจำตัว** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุทุกคน ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีหรือไม่มีโรคประจำตัว ก็ได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al. [44] ที่พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติกับสถานะสุขภาพ การรับรู้สุขภาพของตนเอง และการมีภาวะโรคเรื้อรัง เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของ Jovic-Vranes et al. [44] เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และมีอายุตั้งแต่ 21-84 ปี ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยที่เป็นผู้สูงอายุ และจัดว่าเป็นผู้มีสถานะสุขภาพดี

7. **ความสามารถในการได้ยิน** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความสามารถในการได้ยินเป็นหนึ่งในประสาทสัมผัสสำคัญที่ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิด

การรับรู้ และส่งผลต่อการเรียนรู้ของมนุษย์โดยตรง แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีการได้ยินที่ชัดเจน ดี ร้อยละ 68.2 และได้ยินชัดบ้างไม่ชัดบ้าง ร้อยละ 31.8 จึงอาจทำให้ไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

8. **ความสามารถในการพูด** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพูดเป็นการแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกของผู้พูด และยังใช้ประเมินผล การเรียนรู้ได้อีกด้วย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุสามารถพูดได้คล่องถึงร้อยละ 87.5 และพูดคล่อง บ้างไม่คล่องบ้างเพียงร้อยละ 12.5 จึงอาจทำให้ไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ

9. **ความสามารถในการอ่าน** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุใช้ความสามารถในการอ่านของตนเองน้อย ในกระบวนการพัฒนาความ ฉลาดทางสุขภาพ จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพลำดับที่ 1 คือ ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 73.4) ส่วนการเข้าถึงสื่อในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงสื่อโทรทัศน์เป็นลำดับที่ 1 (ร้อยละ 79.3)

ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bostock and Steptoe [36] ที่พบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูล สุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพและ อัตราการตายที่สูงขึ้น

10. **ลักษณะครอบครัว** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย ไม่ส่งผลต่อ โอกาสการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

11. **ผู้เตรียมอาหาร** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากผู้เตรียมอาหาร ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้สูงอายุเตรียมเองหรือผู้ดูแลเป็นผู้เตรียม ไม่ส่งผลต่อ โอกาสการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

12. **สถานบริการที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาด ทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด 3 อันดับ แรก ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชน มีระบบการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้การบริการและข้อมูลสุขภาพที่ผู้สูงอายุจะได้รับเมื่อไปใช้บริการไม่ แตกต่างกัน

13. **ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทาง สุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ควรต้องควบคู่ไปกับการเข้า ร่วมกิจกรรมของชมรมด้วย จึงจะช่วยสนับสนุนโอกาสในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

14. **กิจกรรมของชมรมที่เข้าร่วม** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพหรือกิจกรรมตามความสนใจ ควรต้องควบคู่ไปกับการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม จึงจะช่วยสนับสนุนโอกาสในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่ดีกว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ขาดความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรม

15. **วิถีเดินทางมาชมรม** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีที่พักอยู่ในชุมชนใกล้เคียง ซึ่งผู้สูงอายุเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุด้วยวิธีที่แตกต่างกัน เช่น การเดิน ใช้รถจักรยาน ใช้รถจักรยานยนต์ ใช้รถยนต์ส่วนตัว หรือใช้รถโดยสารประจำทาง ก็ไม่ส่งผลต่อโอกาสการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

16. **ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง** ผลการวิจัยพบว่าไม่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีที่พักอยู่ในชุมชนใกล้เคียง ซึ่งระยะเวลาในการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุจะมากหรือน้อย ก็ไม่ส่งผลต่อโอกาสการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เช่นเดียวกับวิถีเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

1. **การสัมภาษณ์** กรณีแบบทดสอบมีข้อความมาก หรือผู้สูงอายุบางคนไม่มีสมาธิในการตอบ แนวทางการแก้ปัญหา คือ กำหนดให้ผู้สูงอายุได้พักในระหว่างการสัมภาษณ์ โดยเมื่อสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ครบ 12 ข้อ กำหนดให้ผู้สูงอายุได้พัก 5 นาที และในส่วนที่ 2 เมื่อสัมภาษณ์ครบในแต่ละองค์ประกอบให้ผู้สูงอายุได้พักครั้งละ 5 นาที รวมถึงการจัดสถานที่สัมภาษณ์ให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงดังรบกวน

2. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** การเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุด้วยวิธีสัมภาษณ์โดยทีมผู้ช่วยนักวิจัย อาจทำให้เกิดอคติที่เกิดจากตัวผู้สัมภาษณ์ ได้แก่ การไม่เข้าใจข้อความตีพอ การเกริ่นนำคำตอบให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น แนวทางการแก้ปัญหา คือ การประชุมชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลให้กับผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจในการใช้แบบทดสอบที่ตรงกัน และจัดทำเอกสารชี้แจงสำหรับผู้ช่วยนักวิจัย

3. **จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าที่ต้องการ** ชมรมผู้สูงอายุที่เป็น sampling unit รับสมาชิกอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยกว่าที่ต้องการ และผู้สูงอายุบางรายที่มีอายุเกิน 60 ปีไม่ได้มาชมรมผู้สูงอายุเพื่อรับการสัมภาษณ์ ในวันที่ผู้วิจัยนัดหมายที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เนื่องจากเจ็บป่วย หรือติดกิจธุระสำคัญ แนวทางการแก้ปัญหา คือ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงรุก โดยการลงไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่บ้าน หรือในชุมชน

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. แบบทดสอบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในองค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค ตัวเลือกให้แสดงความเห็นว่าเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจ ซึ่งควรปรับตัวเลือกเป็น ถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นการวัดความรู้ ไม่ใช่วัดความคิดเห็น

2. แบบทดสอบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในองค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค และองค์ประกอบที่ 4 ด้านการตัดสินใจ ผู้วิจัยไม่ได้นำมาปรับก่อนการนำไปใช้ เนื่องจากยึดติดกับกระบวนการเดลฟายที่แบบทดสอบฯ ได้พัฒนาโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว จึงไม่ได้ทำการปรับก่อนการนำไปใช้

3. ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ มาจากชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ทำให้ส่งผลต่อการขยายผล (generalize) ไปยังผู้สูงอายุทั่วประเทศ ซึ่งผู้วิจัยแก้ไขโดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 เขตของกรุงเทพมหานคร ตามลักษณะที่ตั้งของพื้นที่คือ เขตชั้นนอกที่มีลักษณะคล้ายกับต่างจังหวัด เขตชั้นกลางมีลักษณะคล้ายกับปริมณฑล และเขตชั้นในมีลักษณะคล้ายกับเมืองของกรุงเทพมหานคร ทำให้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 เขต น่าจะครอบคลุมลักษณะประชากรผู้สูงอายุไทยทั่วไป

4. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพนี้ หากจะนำไปใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทที่ไม่มีชมรมผู้สูงอายุและลักษณะการใช้ชีวิตที่ต่างกัน อาจจะต้องปรับบางข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ จัดเป็นกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี (healthy aging) แต่จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 85.9 ดังนั้นผู้สูงอายุในกลุ่มสุขภาพไม่ดีหรือเจ็บป่วย (unhealthy aging) หากจะใช้แบบทดสอบนี้ ควรเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และไม่พิการทางการพูดและการได้ยิน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่น่าจะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มากนัก

6. ในงานวิจัยนี้ อาจมีอคติและความลำเอียงเกิดขึ้น ดังนี้

6.1 อคติในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่เดินทางมาชมรมผู้สูงอายุในวันที่ผู้วิจัยนัดหมาย แต่จะมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้เดินทางมา ดังนั้นผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูล อาจจะเป็นกลุ่มที่มีระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพสูงหรือต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลมา

6.2 อคติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อาจพบปัญหาจากปัจจัยกวน (confounder) ผู้วิจัยแก้ไขโดยการเลือกใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ที่สามารถควบคุมปัญหาเรื่องปัจจัยกวน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่สามารถจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนนความฉลาดทางสุขภาพเป็นกลุ่มระดับพื้นฐาน (กลุ่มต่ำ) กลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์ (กลุ่มปกติ) และกลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ (กลุ่มสูง) ดังนั้นข้อมูลนี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (เช่น บุคลากรที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ) ในการจัดประเภทบริการ หรือ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

1.2 จากผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการมองเห็น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (เช่น บุคลากรที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ) ในการจัดบริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรคำนึงถึงความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุด้วย เช่น การผลิตสื่อที่ช่วยสนับสนุนการมองเห็นของผู้สูงอายุ การจัดหาแว่นตา การตรวจคัดกรองโรคตา การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูโรคตา เป็นต้น

1.3 จากผลการวิจัยพบว่าความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (เช่น บุคลากรที่ดูแลและรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ของศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ) ควรมีการกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ การทัศนศึกษา ตลอดจนได้สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

1.4 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอันดับหนึ่ง และสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นสถานบริการดังกล่าวควรมีการพัฒนาบุคลากรทุกระดับในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนมีการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ

1.5 จากผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงสื่อในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงสื่อโทรทัศน์เป็นอันดับหนึ่ง ดังนั้นหากชมรมผู้สูงอายุจัดเตรียมข้อมูลว่ารายการโทรทัศน์รายการใด จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัว น่าจะส่งผลดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุจากการเข้าถึงสื่อดังกล่าว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เครื่องมือที่ใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ ควรได้รับการปรับปรุงข้อคำถามในองค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค และองค์ประกอบที่ 4 ด้านการตัดสินใจ ในบางข้อเพื่อเพิ่มค่าอำนาจจำแนกและค่าความเที่ยงให้สูงขึ้น

ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ควรปรับระดับความยากของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และปรับปรุงประสิทธิภาพของตัวलगง ให้สามารถจำแนกได้ดีขึ้น

ด้านการตัดสินใจ ควรปรับสถานการณ์ให้มีการตัดสินใจที่ชัดเจนขึ้น รวมทั้งอาจปรับปรุงวิธีการให้คะแนนใหม่เป็นแบบมาตรประมาณค่า อาจทำให้ง่ายต่อการตอบและลดระยะเวลาในการตอบ

2.2 การประเมินความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การพูด การอ่านและการเขียน ควรมีการตรวจประเมินที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าแค่การซักถาม

2.3 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพและศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น

สำหรับจุดแข็ง (strength) ของงานวิจัยนี้ คือ การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 ท่าน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งเป็นกระบวนการรวบรวมหรือสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยที่ผู้เชี่ยวชาญมีอิสระในการออกความเห็นและปราศจากการเผชิญหน้าโดยตรงของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ข้อค้นพบที่สำคัญ (significant finding) ของงานวิจัยนี้ คือ ได้ข้อมูลระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ข้อมูลนี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดประเภทบริการ หรือ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่ามี 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นหากจะพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรที่จะต้องให้ความสำคัญในปัจจัยเหล่านี้ด้วย

สิ่งใหม่หรือนวัตกรรมใหม่ (innovation) ของงานวิจัยนี้คือ เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งยังไม่เคยมีผู้พัฒนามาก่อนในประเทศไทย และจากการผลทดสอบคุณภาพของเครื่องมือดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น พบว่าเครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้วัดหรือทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ เนื่องจากทั้ง 6 องค์ประกอบมีค่าความเที่ยง ค่าความยาก และค่าอำนาจจำแนกอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ถึงดีมาก

หากสามารถย้อนไปตั้งแต่ต้น และท้าทาย (challenge) ให้ทำใหม่ให้ได้ผลการศึกษาที่ดีกว่านี้
ควรดำเนินการดังนี้

1. ในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ควรใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน เช่น เทคนิคเดลฟาย การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์กลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายในการนำมาพัฒนาเครื่องมือ

2. ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ควรหลากหลายมากกว่านี้ เช่น นอกจากมีผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุแล้ว ควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล ผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลและเป็นผู้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ไม่จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ควรเป็นผู้สูงอายุในชุมชนทั่วไป ที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย

4. เมื่อได้ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ จากนั้นมีการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพซ้ำเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์

รายการอ้างอิง

1. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ, ประชากรสูงอายุไทยในรายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2553. 2555, กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี จำกัด.
2. United Nations, *The aging of populations and its economic and social implications*. 1956, New York: United Nations. 81.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี 2554-2558. 2554, กรุงเทพมหานคร: สามเจริญ พาณิชย์(กรุงเทพ)จำกัด.
4. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2552, กรุงเทพมหานคร: สหพัฒนไพศาล.
5. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน. 2555, กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี จำกัด.
6. Mancuso, J.M., *Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature*. Nurs Health Sci, 2009. **11**(1): p. 77-89.
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, ความฉลาดทางสุขภาพ. 2554, กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
8. Sharif, I. and A.E. Blank, *Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children*. Patient Educ Couns, 2010. **79**(1): p. 43-8.
9. Dewalt, D.A., et al., *Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature*. J Gen Intern Med, 2004. **19**(12): p. 1228-39.
10. National Assessment of Adult Literacy, *The health literacy of America's adults results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. 2006, Washington DC.: NCES.
11. Baker, D.W., et al., *Health literacy and mortality among elderly persons*. Arch Intern Med, 2007. **167**(14): p. 1503-9.
12. World Health Organization, *Health literacy and health promotion*, in *7th Global conference on health promotion, "Promoting health and development: Closing the implementation Gap"*, M. Kanj and W. Mitic, Editors. 2009: Nairobi Kenya.

13. Gazmararian, J.A., et al., *Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization*. JAMA, 1999. **281**(6): p. 545-51.
14. Manganello, J.A., *Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research*. Health Educ Res, 2008. **23**(5): p. 840-7.
15. Rootman, I., *Health literacy and health promotion*. OHPE. [online]. 2002. Available from :
http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=175
[2012, September 22]
16. Nutbeam, D., *Health literacy as a public health goal : A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion International, 2000. **15**(3): p. 259-267.
17. Nutbeam, D., *The evolving concept of health literacy*. Soc Sci Med, 2008. **67**(12): p. 2072-8.
18. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, *กรอบการวิจัยที่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติให้ทุนอุดหนุน ปีงบประมาณ 2556*. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา :
http://www.nrct.go.th/th/Portals/0/data/ภค/2555/08/รับข้อเสนอทุนอุดหนุนปี56/2.frame_r1.pdf [25 พฤศจิกายน 2555]
19. สภาวิจัยแห่งชาติ, *กรอบยุทธศาสตร์งานวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ ประจำปี 2556*. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา : http://www.nrct.go.th/th/Portals/0/data/ภค/2555/10/fund/1Framework_2012.pdf [25 พฤศจิกายน 2555]
20. สัญชัย สุตินันท์บริหาร, *การเลือกตัวแปรและการวัดตัวแปร*. [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา : http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1064. [22 มิถุนายน 2558]
21. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, *ผลการสำรวจ Health literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี*. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา : http://www.thaihed.com/hot_news/view.php?ID=1161. [25 มิถุนายน 2554]
22. World Health Organization, *Health Promotion Glossary*. 1998, Switzerland: WHO publications.
23. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ: ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. 2541, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
24. Berkman, N.D., T.C. Davis, and L. McCormack, *Health literacy: what is it?* J Health Commun, 2010. 15 Suppl 2: p. 9-19.

25. Institute of Medicine of the National Academies, *Health literacy: A prescription to end confusion*. 2004, Washington, DC: The National Academies Press.
26. Nutbeam, D., *Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?* Int J Public Health, 2009. **54**(5): p. 303-5.
27. มุลินธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย, แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา. 2553, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
28. Davis, T.C., et al., *Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients*. Fam Med, 1991. **23**(6): p. 433-5.
29. Davis, T.C., et al., *Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument*. Fam Med, 1993. **25**(6): p. 391-5.
30. Baker, D.W., et al., *Development of a brief test to measure functional health literacy*. Patient Educ Couns, 1999. **38**(1): p. 33-42.
31. Hanson-Divers, E.C., *Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study*. J Health Care Poor Underserved, 1997. **8**(1): p. 56-69.
32. Weiss, B.D., et al., *Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign*. Ann Fam Med, 2005. **3**(6): p. 514-22.
33. Lee, S.Y., et al., *Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test*. Health Serv Res, 2006. **41**(4 Pt 1): p. 1392-412.
34. Norman, C.D. and H.A. Skinner, *eHEALS: The eHealth Literacy Scale*. J Med Internet Res, 2006. **8**(4): p. e27.
35. นฤมล ตริเพชชศรีอุไร และเดช เกตุฉ่ำ, รายงานการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). 2554, กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด.
36. Bostock, S. and A. Steptoe, *Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study*. BMJ, 2012. **344**: p. e1602.
37. Kim, S.H., *Health literacy and functional health status in Korean older adults*. J Clin Nurs, 2009. **18**(16): p. 2337-43.

38. Sudore, R.L., et al., *Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access*. J Am Geriatr Soc, 2006. **54**(5): p. 770-6.
39. Chen, J.Z., et al., *Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults*. Geriatr Gerontol Int, 2013. **13**(1): p. 70-6.
40. Kim, S.H. and X. Yu, *The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adults: a short report*. Aging Ment Health, 2010. **14**(7): p. 870-3.
41. Ayotte, B.J., J.C. Allaire, and H. Bosworth, *The associations of patient demographic characteristics and health information recall: the mediating role of health literacy*. Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn, 2009. **16**(4): p. 419-32.
42. Edwards, M., et al., *The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 130.
43. von Wagner, C., et al., *Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults*. J Epidemiol Community Health, 2007. **61**(12): p. 1086-90.
44. Jovic-Vranes, A., V. Bjegovic-Mikanovic, and J. Marinkovic, *Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study*. J Public Health (Oxf), 2009. **31**(4): p. 490-5.
45. Ozdemir, H., et al., *Health literacy among adults: a study from Turkey*. Health Educ Res, 2010. **25**(3): p. 464-77.
46. Federman, A.D., et al., *Health literacy and cognitive performance in older adults*. J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(8): p. 1475-80.
47. Howard, D.H., T. Sentell, and J.A. Gazmararian, *Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population*. J Gen Intern Med, 2006. **21**(8): p. 857-61.
48. Li, C.Y., et al., *[Health literacy and health status of Korean-Chinese elderly people living in Yanbian, China]*. J Korean Acad Nurs, 2009. **39**(3): p. 386-92.

49. Lee, S.Y., et al., *Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey*. BMC Public Health, 2010. **10**: p. 614.
50. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (*Health literacy*) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา : <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>. [23 ธันวาคม 2557]
51. Jensen, C., *Delphi in depth : Power techniques from the experts Berkeley*. 1996, Singapore: McGraw-Hill.
52. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, ทำเนียบองค์กร ชมรมด้านผู้สูงอายุ พ.ศ.2555. 2555, กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
53. ฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ, หลักการวิจัยทางสังคม. 2553, กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
54. อรุณ จิรวัดน์กุล, สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. 2552, กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.
55. สมจิตร อุดม, การศึกษาเทคนิคเดลฟายเพื่อการศึกษาวิจัย. วารสารสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยทักษิณ, 2549. **5**(1): p. 44-51.
56. สุวิมล ตีรภานันท์, การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. 2550, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
57. บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ์, เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. 2553, กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์การพิมพ์.
58. พิชิต ฤทธิ์จรูญ, หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. 2552, กรุงเทพมหานคร: เฮาส์ ออฟ เคอร์มิส จำกัด.
59. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี, การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 8. 2552, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
60. กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, การใช้ *SPSS for Windows* ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 14. 2557, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
61. พูลพงศ์ สุขสว่าง, โมเดลสมการโครงสร้าง. 2556, กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพานิช.
62. Hair, J.F., et al., *Multivariate data analysis*. 6 ed. 2006, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

63. ชีระศักดิ์ อัจฉนนนท์, สถิติ-6. [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา :
[http://teerasak.rmutl.ac.th/wp-content/uploads/2013/06/สถิติ-6-ค่ามาตรฐาน
2.pdf](http://teerasak.rmutl.ac.th/wp-content/uploads/2013/06/สถิติ-6-ค่ามาตรฐาน2.pdf). [18 กุมภาพันธ์ 2558]
64. Pedhazur, E.J., *Multiple regression in behavioral research : Explanation and prediction*. 3 ed. 1997, New York: Holt, Rinehart and Winston.
65. ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ, *เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้*. 2543, กรุงเทพมหานคร: สุ
วีริยาสาส์น.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 264/2013

IRB No. 141/56

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางวรรณศิริ นิลเนตร

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 1.7 Dated 28 March 2013
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Dated 5 March 2013
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.1 Dated 28 March 2013
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 5 March 2013
5. แนวคำถามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ Version 1.6 Dated 26 Feb 2013
6. CURRICULUM VITAE
7. งบประมาณ Version 1.0 Dated 5 March 2013

ลงนาม
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรพรณ รัชตะปิติ)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 10 เมษายน 2556

วันหมดอายุ : 09 เมษายน 2557

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย First Extension



COA No. 244/2014

IRB No. 141/56

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15


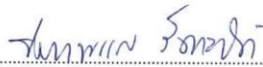
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
เลขที่โครงการวิจัย : -
ผู้วิจัยหลัก : นางวรรณศิริ นิลเนตร
สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่ได้รับการทบทวน :

1. โครงการวิจัย Version 1.7 Dated 28 March 2013
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Dated 5 March 2013
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.1 Dated 28 March 2013
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 5 March 2013
5. แนวคำถามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ Version 1.6 Dated 26 Feb 2013
6. CURRICULUM VITAE
7. งบประมาณ Version 1.0 Dated 5 March 2013
8. Continuing Review Report


ลงนาม  ลงนาม 
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่รับรอง : 10 เมษายน 2557 (First Extension)

วันหมดอายุ : 09 เมษายน 2558

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

**ภาคผนวก ค เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/4</p>
---	---

ชื่อโครงการวิจัย ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางวรรณศิริ นิลเนตร

ที่อยู่ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-252-7864 มือถือ 08-1887-7165

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนของ
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (อยู่ระหว่างดำเนินการขอการสนับสนุน)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และโครงการวิจัยนี้ต้องการศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ซึ่งจะสามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบัน ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรรวม อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อัลไซเมอร์ ต้อกระจก และภาวะทางทันตกรรม นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง อันเป็นผลมาจากการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตตามลำพัง ได้รับการดูแลและช่วยเหลือเกื้อกูลลดน้อยลง

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้ 1) การเข้าถึงบริการ 2) การดูแลอย่าง

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/4</p>
--	---

ต่อเนื่อง 3) การบริการแบบผสมผสาน 4) การดูแลแบบองค์รวม 5) การประสานการดูแล และ 6) การเสริมพลังชุมชน

ส่วนปัญหาที่ยังคงมีอยู่ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้องชัดเจน ยังไม่ทั่วถึงและทันเวลา นอกจากนี้การจัดการหรือกิจกรรมอาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความฉลาดทางสุขภาพและความช่วยเหลือในระดับต่างๆ ซึ่งการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ ทำให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเกิดข้อจำกัดในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยการพัฒนาเครื่องมือใหม่ตามแนวคิดของตน นวัตกรรม ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ และมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากรและผลจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดบริการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของวัยผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาคือ เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร


วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุทุกคนที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปของชมรมผู้สูงอายุในแขวงมินบุรีของเขตมินบุรี แขวงคลองกุ่มของเขตบึงกุ่ม และแขวงสามเสนนอกของเขตห้วยขวาง จำนวน 815 คน โดยหลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้แล้ว

1. ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบทดสอบโดยการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัย จำนวน 63 ข้อ โดยระหว่างการสัมภาษณ์ ทุก 12 ข้อ ท่านจะได้หยุดพัก 5 นาที ระยะเวลารวมในการตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง 30 นาที
2. สำหรับข้อมูลจากการตอบแบบทดสอบของท่านจะถูกเก็บบันทึกในแบบทดสอบ และไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว 6 เดือนข้อมูลดังกล่าวจะถูกทำลายต่อไป

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ผู้วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน ตอบแบบทดสอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 3/4</p>
--	---

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการให้ยา และไม่ได้มีการเก็บสิ่งส่งตรวจ อาทิ เลือด สารคัดหลั่ง แต่อย่างไรก็ตามมีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายตามมาในระดับน้อยที่สุด ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อกับ นางวรรณศิริ นิลเนตร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยตรง ซึ่งผลการศึกษาวิจัยจะได้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อนำไปใช้ให้กับผู้สูงอายุในระดับประเทศต่อไป ตลอดจนได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดประเภทบริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านจะได้รับเงินชดเชยการสูญเสียรายได้หรือสูญเสียเวลาจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อท่านได้ตอบแบบทดสอบ เป็นจำนวนเงิน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้วิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา


การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ในการวิจัยมีการให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีมีการยกเลิกการให้คำยินยอม ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับเอกสารยกเลิกการให้คำยินยอม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บบันทึกในแบบทดสอบ และไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว 6 เดือนข้อมูลดังกล่าวจะถูกทำลายต่อไป

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยครั้งนี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 4/4</p>
--	---


3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสาร คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง
9. ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ง เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/2</p>
---	--	--

การวิจัยเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/นาย.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมา ฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ที่ข้าพเจ้าลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย จนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/2</p>
--	--

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัย รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....นางวรรณศิริ นิลเนตร.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

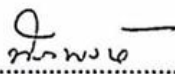
ภาคผนวก จ หนังสือรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont
Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร
รหัสโครงการ : N46q/57
หัวหน้าโครงการ : นางวรรณศิริ นิลเนตร
สถาบันที่สังกัด : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลงชื่อ..... 

(นายพีระพงษ์ สายเชื้อ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....031.....

ให้ใช้ ณ วันที่...๒๒... พฤษภาคม 2557.....

หมดอายุ วันที่...๒๕... พฤษภาคม 2558.....

ประเภทของการรับรอง : ครั้งแรก แก้ไขโครงการวิจัย ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ฉ เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคนกรุงเทพมหานคร

เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

1. ชื่อโครงการวิจัย ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ผู้วิจัย นางวรรณศิริ นิลเนตร
3. สถานที่วิจัย ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในแขวงมีนบุรี แขวงคลองกุ่ม และแขวงสามเสนนอก
4. ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อยู่ระหว่างดำเนินการขอการสนับสนุน)
5. ความเป็นมาของโครงการ

ปัจจุบัน ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรรวม อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อัลไซเมอร์ ต้อกระจก และภาวะทางพันธุกรรม นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง อันเป็นผลมาจากการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตตามลำพัง ได้รับการดูแลและช่วยเหลือเกื้อกูลลดน้อยลง

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้ 1) การเข้าถึงบริการ 2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) การบริการแบบผสมผสาน 4) การดูแลแบบองค์รวม 5) การประสานการดูแล และ 6) การเสริมพลังชุมชน

ส่วนปัญหาที่ยังคงมีอยู่ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้องชัดเจน ยังไม่ทั่วถึงและทันเวลา นอกจากนี้การจัดการหรือกิจกรรมอาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความฉลาดทางสุขภาพและความช่วยเหลือในระดับต่างๆ ซึ่งการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ที่ความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ ทำให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเกิดข้อจำกัดในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยการพัฒนาเครื่องมือใหม่ตามแนวคิดของตน นวัตกรรม ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการ

สี่สาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ และมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากรและผลจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดบริการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของวัยผู้สูงอายุต่อไป

6. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาคือ เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

7. รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่ออาสาสมัคร

1. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูล โดยขอให้ท่านตอบแบบทดสอบโดยการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย หรือทีมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 74 ข้อ โดยระหว่างการสัมภาษณ์ ทุก 12 ข้อ ท่านจะได้หยุดพัก 5 นาที ระยะเวลารวมในการตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ หากท่านมีข้อสงสัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัย หรือทีมผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลาที่สัมภาษณ์

2. สำหรับข้อมูลจากการตอบแบบทดสอบของท่านจะถูกเก็บบันทึกในแบบทดสอบ และไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว 6 เดือนข้อมูลดังกล่าวจะถูกทำลายต่อไป

8. ประโยชน์และผลข้างเคียงโครงการวิจัยที่จะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร

1. ได้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุในระดับประเทศต่อไป

2. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดประเภทบริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

9. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

10. สิทธิของอาสาสมัคร

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

7. ท่านจะได้รับเอกสาร คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
9. ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้

11. ค่าตอบแทน

ท่านจะได้รับเงินชดเชยการสูญเสียรายได้หรือสูญเสียเวลาจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อท่านได้ตอบแบบทดสอบ เป็นจำนวนเงิน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

12. มาตรการรักษาความลับ

ในการวิจัยมีการให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีมีการยกเลิกการให้คำยินยอม ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับเอกสารยกเลิกการให้คำยินยอม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บบันทึกในแบบทดสอบ และไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว 6 เดือนข้อมูลดังกล่าวจะถูกทำลายต่อไป

13. เจ้าหน้าที่ หรือแพทย์ผู้ที่ท่านสามารถติดต่อได้

ถ้าท่านมีข้อสงสัยประการใด โปรดสอบถามผู้วิจัย นางวรรณศิริ นิลเนตร ได้โดยตรงที่ โทรศัพท์มือถือ 081-8877165 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ภาคผนวก ข หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
กรุงเทพมหานคร

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... ถนน.....

หมู่ที่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ).....นางวรรณศิริ นิลเนตร.....
เรื่อง.....ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่
ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ
ความปลอดภัย อาการ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสาร
การวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผย
เฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใด ๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัย
อันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
ดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ / หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่
สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่า
ทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายแบบในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับ
อันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัย
และ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิก
การร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ค่าชดเชยและค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย
รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบ
ตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย
(.....นางวรรณศิริ นิลเนตร.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ

- 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย
- 2) ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย



ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิของงานวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญ ในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

1. ศ.ดร.ราตรี สุตทรวง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รศ.นพ.บตี ธนะมัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์ ผู้ทรงคุณวุฒิของสำนัก3 สสส.
5. นางสุพร พลเสวีนันท์ วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข
6. นพ.วัลลภ ไทยเหนือ อธิบดีปลัดกระทรวงสาธารณสุข
7. ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
8. รศ.ดร.มยุรี ตันติสิระ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10. ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
12. รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
13. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ ผู้จัดการแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
14. นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
15. พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ในกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. อาจารย์ นพ.อานนท์ วรยิ่งยง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
3. ดร.จอย ทองกลุ่มสี่ ศูนย์สื่อสารองค์กร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฅ ร่างแนวคำถามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1
เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
เอกสารที่แนบมา 1. ข้อเสนอวิทยานิพนธ์
2. ร่าง...แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
รอบที่หนึ่ง สัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ

1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive)

ผู้สูงอายุ ควรมีความรู้ ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

1.1 ในระดับพื้นฐาน อะไรบ้าง

.....
.....
.....

1.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อะไรบ้าง

.....
.....
.....

1.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อะไรบ้าง

.....
.....
.....

2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

2.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

.....
.....
.....

2.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรบ้าง

.....
.....
.....

2.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรก็ตาม

.....

.....

.....

3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication skill)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

3.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม

.....

.....

.....

3.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม

.....

.....

.....

3.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรก็ตาม

.....

.....

.....

4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

ผู้สูงอายุ ควรมีทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ

4.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม

.....

.....

.....

4.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม

.....

.....

.....

4.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรก็ตาม

.....

.....

.....

5. การจัดการตนเอง (Self-management)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง

5.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

5.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

5.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถการรู้เท่าทันสื่อ

6.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

6.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

6.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

ภาคผนวก ญ ผลกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1
โครงการวิจัยเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

รอบที่หนึ่ง สัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยคำถามปลายเปิด

เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ

1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive)

ผู้สูงอายุ ควรมีความรู้ ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

1.1 ในระดับพื้นฐาน อะไรบ้าง

ศ.ดร.ราตรี สุตหลวง : หลัก 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อากาศ อัจฉริยะ

เพิ่มการจัดการความเครียด เช่น การออกกำลังกาย ทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย พุดคุย ดูละคร ดูหนัง

ผู้สูงอายุบางคน ตอนหนุ่มสาวเครียดมาก อาจทำให้เป็นโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

การรับประทานยา ก็สำคัญ เพราะผู้สูงอายุ มักพบแพทย์หลายคน ได้ยาซ้ำซ้อน การดูยาหมดอายุ

ในร่างแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อ 4 ตัวเลือก อยากให้เพิ่มโยคะ

รศ.นพ.บดี ธนะมัน : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ให้ดูว่าความรู้ที่ถามเพียงพอหรือไม่ เช่น ถามเรื่องการออกกำลังกาย และตอบว่า เดิน คำตอบนั้นๆเพียงพอหรือไม่

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : อาหาร ออกกำลังกาย พักผ่อน โรคประจำตัว (พบแพทย์ตามนัด)

นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์ : สุขภาพแนวใหม่ เน้นสร้างแทนซ่อม ได้แก่ 1.เรื่องอาหารสุขภาพ 2.ออกกำลังกาย ต้องมีการเคลื่อนไหวให้เป็นวิถีชีวิต 3.ปัจจัยเสี่ยงหลัก เช่น บุหรี่ เหล้า อบายมุข ยาเสพติด ปัจจัยเสี่ยงรอง เช่น อุบัติเหตุ เรื่องเพศ 4.อารมณ์ ผู้สูงอายุต้องรู้ข้อมูล รู้ว่าสมอง คือ ส่วนสำคัญของระบบประสาท จะไม่เกิดความจำเสื่อม

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : 1. กิจกรรม (Activity) 2. ออกกำลังกาย (Exercise) 3. อาหาร (Nutrition) 4. ไม่มีโรคหรือถ้ามีโรค กินยาสม่ำเสมอ หรือสามารถแบ่งเป็นก่อนป่วย และหลังป่วย

รศ.ดร.มยุรี ต้นติสิระ : ความรู้เรื่องปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พวกเหล้า บุหรี่ จะสามารถป้องกันโรคเรื้อรัง และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมต่างๆได้

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ความรู้พื้นฐานที่ทำให้สุขภาพดี 1. ต้องรับประทานอาหารประเภทไหนบ้าง ควรกินอะไร มีประโยชน์อย่างไร ผักดีอย่างไร ข้าวกล้องดีอย่างไร ควรหลีกเลี่ยงอะไร กรณีมีโรคประจำตัว (DM, HT) 2. ออกกำลังกาย เท่าไร กี่นาที ช่วงไหน แบบใดเหมาะสมกับสุขภาพ 3. นอนหลับพักผ่อน 4. อากาศและน้ำ 5. กระบวนการทำงานในร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย 6. การสังเกตสิ่งผิดปกติในร่างกาย 7. การดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย การอาบน้ำเย็น อุณหภูมิของน้ำ 8. การถ่ายเทอากาศ 9. การขับถ่าย 10. อารมณ์ ใจสงบ การควบคุมอารมณ์ ควรหาเอกสารของกรมอนามัยที่แจกให้ชมรมผู้สูงอายุมาดูว่ามีเนื้อหาอะไรบ้าง

นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา : หลัก 5 อ ของกรมอนามัย ได้แก่ 1.อาหาร 2.อารมณ์ 3.ออกกำลังกาย 4.อดิเรก นันทนาการ กิจกรรมสังคม/ในครอบครัว การช่วยเหลือผู้อื่น home health care, home visit 5. อนามัย ให้ลองไปดูในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 1. ด้านการออกกำลังกาย 2. กินผักผลไม้ 3. ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ 4. ดื่มน้ำเพียงพอ 5. การนอนหลับพักผ่อน ส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีมาตรฐานสุขภาพที่พึงประสงค์

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล : ควรรู้หลัก 5 อ เป็นพื้นฐาน ตัวอย่างคำถาม ผู้สูงอายุ ควรกินอาหารประเภทไหน ท่านคิดว่าอาหารในข้อใดเหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : แนะนำให้อ่านหนังสือ “รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2” เล่มสีเขียว และ “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2554” โดยในรายงานเล่มสีเขียว จะมีตัวอย่างข้อคำถามที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ คำถามควรเน้นขบวนการชราภาพ การยับยั้ง/ชะลอ การถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไม่ใช่การออกแบบ purposive แต่เป็นการออกแบบวิถีชีวิต (life style) ของเขา ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 4 จากตัวเลือกทั้งหมด ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้ออกแบบนั้นเลย

นางสุพร พลเสวีวัฒน์ : ผู้สูงอายุ แบ่งได้ 2 กลุ่ม กลุ่มไม่เป็นโรค จะเน้นการป้องกัน และกลุ่มเป็นโรค จะเน้นการดูแล รักษา ฟันฟู ความรู้พื้นฐานที่ผู้สูงอายุ ควรรู้คือ 1.การป้องกันโรค 2.โรคที่เกิดจากชองอายุ 3.โรคที่เกิดจากการออกกำลังกาย ถ้ารู้แต่ไม่ปฏิบัติ จะเกิดโรค ถ้ารู้และปฏิบัติ จะเกิดประโยชน์กับตนเอง และยังขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมท้องถิ่นด้วย ตัวอย่างในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ1 กรณีเขาไม่เป็นโรค จะกินได้ทุกข้อ ข้อ11 การกินยาหลังอาหาร แล้วแต่ยา แล้วแต่แพทย์สั่ง

พญ.ดวงพร ปิณสีเสติกุล : ควรรู้เรื่อง 3อ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ถ้า 5อ ก็จะเพิ่มเรื่องโรคยา และอนามัย สิ่งแวดล้อม

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : อาหาร ออกกำลังกาย หลีกเลียงสารเสพติด เหล้า, บุหรี่ การตรวจสุขภาพประจำปี ในแผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับ2 เรื่องการรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ โดยกรมอนามัยปี 56 กำลังโปรโมทให้ผู้สูงอายุทุกคนรับวัคซีนนี้ เรื่องยา ความรู้เกี่ยวกับยา การรับประทานยา Compliance ของยา สภาพแวดล้อมในบ้าน เหมาะกับผู้สูงอายุ มีการระวังเรื่องหกหล่มหรือไม่ ปัญหาที่พบคือ มีความรู้ แต่ไม่ถึงพฤติกรรม มีตัวแปรหลายอย่าง เช่น เป็นเบาหวาน รู้ว่าต้องกินอาหารอะไร แต่ในบ้านไม่ได้ทำอาหารเอง, ลูกซื้ออาหารมาให้ ไม่แยกเฉพาะ ควรมีคำถามว่า ใครเตรียมอาหารให้เป็นหลัก ผู้สูงอายุที่ไปชมรมได้ แสดงว่าช่วยตนเองได้ ไม่ติดบ้าน ไม่ติดเตียง

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : ชีวิตประจำวัน เช่น นอนวันละกี่ชม. กินอาหารประเภทใด ออกกำลังกายอย่างไร ดูแลกายและใจอย่างไร รู้สาเหตุการเจ็บป่วย การป้องกันจากอุบัติเหตุ ความรู้โรคพื้นฐาน เช่น เบาหวาน ความดัน ควรป้องกันตัวอย่างไร จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เป็นโรคได้อย่างไร

1.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อะไรบ้าง

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : เหตุผลที่เขาเลือกทานอาหาร ไม่ใช่เพราะชอบ เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกาย เช่น ขี้เกียจ ไม่มีเพื่อน เดินทางไกล ไม่เห็นความสำคัญ

นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี : ต้องเกิดจากการแสวงหาความรู้จากผู้รู้ แพทย์ การลองปฏิบัติ แล้วจะรู้ว่าดี-ไม่ดี จากนั้นสามารถแนะนำ ถ่ายทอดแก่ผู้อื่นได้ด้วย แบบเสียงดังฟังชัด เพราะปฏิบัติเอง

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : จาก 4 ข้อใน 1.1 รู้แล้วทำหรือไม่ ปฏิบัติจริง แบบ regular สม่าเสมอ

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิระ : อธิบายได้ว่า ปัจจัย 4 คืออย่างไร สิ่งต่างๆ ส่งผลต่อเราอย่างไร

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วาณิช : เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ เป็นหวัด ทำอย่างไร โรคใดควรกินยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง ระดับปฏิสัมพันธ์เป็นการรู้โทษ/ภัย อาจถามเป็น scenario เช่น การออกกำลังกายแบบใดที่มีผลต่อหัวใจ แบบใดมีผลต่อกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการปัสสาวะขุ่น เกิดจากกินน้ำน้อย ข้อเข่ามีเสียงดัง เตือนให้ดูแลตนเอง การที่อยากกินกล้วยทอด อาจทำให้เลือดขึ้นจากไขมัน การเป็นเบาหวาน กินของหวาน เลือดหวาน ทำให้แผลหายยาก การกินเค็ม ทำให้ความดันขึ้น ควรถามอาการที่ผู้สูงอายุจะเป็นบ่อยๆ ได้แก่

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เวียนศีรษะ และเป็นหวัด ซึ่งจากอาการเหล่านี้เราอาจเอามาถามต่อ เช่น เมื่อปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กินยาตอนท้องว่างได้หรือไม่

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : ตัวอย่างคำถาม กระดูกบาง เกิดอะไรขึ้น การกินอาหารแบบนั้น...จะเกิดอะไรขึ้น

นางสุพร พลระเสวีนนท์ : การตัดสินใจที่มีผลต่อการกระทำในการเลือกกิน เลือกปฏิบัติ การใช้ประโยชน์จากสื่อ

พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : อธิบายได้ ท่านทำแบบนี้หรือไม่ เป็นโรค.....ควรเลือกกินอะไร

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : รู้แล้วอธิบายได้ ตัวอย่างโรคของผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดัน กระดูกพรุน ท้องผูก เป็นไข้ อาจตั้งคำถามว่า เมื่อเป็นไข้กิน 3 วัน ต้องไปพบแพทย์ (ใช่, ไม่ใช่)

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : อธิบายได้ว่าควรกินอาหารประเภทใด นอนวันละกี่ชม. นอนไม่หลับควรทำอย่างไร

1.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อะไรบ้าง

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : เมื่อรับประทานแล้ว อ้วนขึ้น ลดอาหารนั้น เช่น หมูสามชั้น

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ชักชวนผู้อื่นให้ทำตาม เช่น ชวนเพื่อนไปเดิน เข้าชมรม เลี่ยงอาหารบางอย่าง เช่น ปาท่องโก๋

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิระ : โฆษณาการ พกอาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เปรียบเทียบได้ เลือกได้ บอกความแตกต่างระหว่างอาหารอร่อยและอาหารคุณภาพ

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : อาจทำเป็น situation เช่น ควรเลือกน้ำมันประเภทใด การเลือกผลไม้ที่เหมาะสมกับโรค กรณีเป็นโรคหัวใจ จะออกกำลังกายอย่างไร

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : เลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินผักผลไม้ ปรับสภาพบ้าน/สิ่งแวดล้อม

นางสุพร พลระเสวีนนท์ : เลือกการปฏิบัติตน เลือกสินค้าเพื่อสุขภาพ เช่น เลือกซื้อนมพร้อมมันเนย

พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : ทำเพราะอะไร ไม่ทำเพราะอะไร

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : เลือกทำ.....เพราะอะไร (ใช่, ไม่ใช่)

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : รู้ว่าตนเองสบายดี, อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคอะไร, เป็นโรคอะไร, จะดูแลสุขภาพอย่างไร, จะปฏิบัติตัวอย่างไรถึงจะสุขภาพดี อย่างยั่งยืน

2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

2.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

ศ.ดร.ราตรี สุตหลวง : ควรให้ผู้สูงอายุระบุว่า เลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพจากแหล่งใด เช่น โทรศัพท์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต สอบถามผู้อื่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ ก่อนที่จะเริ่มคำถามในองค์ประกอบที่ 2

ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ตัวเลือกที่เป็น rating scale ควรอธิบายว่า นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง หมายถึงอย่างไร ซึ่งในตัวของข้อคำถามพอใช้ได้

รศ.นพ.บดี ธนะมัน : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ อะไรเป็นแหล่งข้อมูลบ้าง (source) ในชมรม/บ้านมีคอมพิวเตอร์หรือไม่ อาจถามตั้งแต่ในส่วนของที่ 2

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : ถามจากคนใกล้ตัว คนที่ทำเสมอ ผู้รู้ กรณีเป็นชาวบ้าน จะถามจากหลายๆ คน อาจไม่ได้ค้นคว้า

นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี : แหล่งข้อมูล ได้แก่ บุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ชาวบ้านในชุมชน ผู้รู้ นักโภชนาการ เวทีวิชาการ อ่านจากหนังสือ “ปฏิวัติสุขภาพด้วยอาหารจานเดียว”

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : เข้าถึงข้อมูลที่ง่ายและฟรี เช่น หนังสือพิมพ์ ทีวี นิตยสาร วิทยุ แบบ daily routine life

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิทธิ์ : แหล่งข้อมูลสุขภาพ หาได้จากผู้รู้ในชุมชน แพทย์ เกษัชกร พยาบาล ส่วนในทีวี วิทยุ หนังสือพิมพ์พอมบ้าง ส่วนอินเทอร์เน็ต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ไม่เป็น

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ตัวเลือกที่เป็น rating scale ควรนำไปไว้ท้ายคำถามด้านขวามือ และทำเป็นตาราง โดยเริ่มที่ทุกครั้งก่อนไล่ไปถึงไม่มีเลย จะทำให้ถามตอบได้ชัดเจนกว่า ส่วนคำว่า “การเข้าถึงข้อมูล” และคำว่า “บริการสุขภาพ” ควรแยกออกจากกัน นอกจากนั้น ควรถามก่อนว่าแหล่งข้อมูลที่ใช้มีอะไรบ้าง โดยถามก่อนเริ่มข้อ 2.1 ตัวอย่างแหล่งข้อมูล ได้แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์พื้นบ้าน หมอยา เพื่อนบ้าน คนในชมรม คนในวัด ลูกหลาน ทีวี วิทยุ หนังสือพิมพ์ คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต สาย hotline เป็นต้น ตัวอย่างคำถาม เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เราจะหาได้อย่างไร เมื่อรู้สึกไม่สบาย จะถามจากใคร หรือจะไปใช้บริการที่ไหน

ศ.ดร.ปรามอทย์ ประสาทกุล : คำว่า “ข้อมูลสุขภาพ” กว้างมาก คืออะไรบ้าง เช่น การเจ็บป่วย โรค การป้องกันรักษา ส่งเสริม ฟันฟู คำว่า “แหล่งข้อมูล” ก็มีมาก การอ่าน ฟัง ดู สนใจเรื่องสุขภาพ ตัวอย่างคำถาม ถ้าท่านเครียด ท่านจะไปพบใคร ถ้าท่านมีอาการ.....ท่านจะไปพบใคร ท่านสนใจคอลัมภ์สุขภาพใน....(หนังสือพิมพ์).....อ่านแล้ว รู้เรื่อง นำไปปฏิบัติหรือไม่ อาจถามแยกทีละสื่อ

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผู้สูงอายุได้ข้อมูลสุขภาพจากบุคคล (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อบต.) และทีวี ผู้สูงอายุสามารถเลือกดูจากไหน ถามใคร ข้อเสนอแนะตัวเลือกแบบ rating scale ไม่ชัดเจน

นางสุพร พลเสวีนันท์ : อาจแยกเป็นข้อมูลสุขภาพ และ บริการสุขภาพ แหล่งข้อมูลสุขภาพที่เข้าใช้มีอะไรบ้าง เช่น รพ.A, รพ.B วิธีการเข้าถึง รพ.A, รพ.B ส่วนบริการสุขภาพ แบ่งเป็นการให้บริการ, แหล่งบริการ

พญ.ดวงพร ปิณิจเสกิกุล : ให้ผู้สูงอายุ เลือกก่อนว่ามีแหล่งข้อมูลอะไรบ้าง ระดับพื้นฐานคือรู้วิธีการหาแหล่งข้อมูล ว่า มีที่ใดบ้าง ควรนิยาม rating scale แต่ละ level ให้ชัดเจน

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ให้แยกแยะข้อมูลกับแหล่งบริการ ข้อมูลได้มาจากไหน เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สื่อไหนเป็นหลัก ส่วนแหล่งบริการ เลือกใช้บริการที่ไหน รู้ไหมว่ามีบริการอะไร เวลาเจ็บป่วย เขาทำอย่างไร อาจมีตัวให้เลือก แล้วถามว่าอันไหนเป็นหลัก เช่น ซื้อมากินเอง, ไปคลินิก ตัวเลือก rating scale ถี่ไป ตอบยาก ควรนิยามชัดเจน อาจเหลือ 3 scale เช่น ทำประจำ ทำบางครั้ง ไม่ทำ

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : เมื่อมีปัญหา รู้ว่าควรไปที่ไหน ข้อเสนอแนะคือควรมีคู่มือเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในบ้านทุกบ้านที่มีผู้สูงอายุ อาจเป็นโปสเตอร์ ติดไว้เตือนใจ เนื้อหาในคู่มือ เช่น ความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งบ้าง อายุ 55, 60, 65, มากกว่า 70 มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง วิธีการหลีกเลี่ยง สาเหตุการเกิดโรคต่างๆที่พบบ่อย การที่ต้องมีคู่มือในบ้าน เพราะผู้สูงอายุเดินทางลำบาก เสี่ยงต่อการเจ็บไข้จากการได้รับเชื้อเพิ่ม

2.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม

นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี : ถามผู้รู้ เช่น กินข้าวกล้องดีอย่างไร กลัวย่นน้ำว่าดีอย่างไร

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : high technology มากขึ้น ทันสมัย มีปฏิสัมพันธ์กับสื่อด้วย เช่น LINE SMS สายด่วน hotline

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิทธิ์ : ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย คนส่วนใหญ่ไม่รู้ ถ้าแหล่งข้อมูลในข้อ 2.1 reliable จะส่งผลให้ข้อ 2.2 ถูกต้อง

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : การเลือกใช้บริการที่ตรง เช่น เป็น HT วัดความดัน แล้วสูง ไปหาแพทย์ที่รพ.สวรรค์ประชารักษ์ (รพ.ศ) ซึ่งเป็นผู้ช่วยเก่าอยู่ จะตรงกว่า ไปหาแพทย์ที่รพ.หนองบัว (รพ.ช.) นอกจากนี้ยังมีปัญหาชาวบ้านที่ในชุมชนทำกัน โดยที่เราไม่ไปถึง

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : พยายามเข้าหาแหล่งข้อมูล (ที่ถูกต้อง ทันสมัย) ขึ้นกับความสามารถของบุคคลนั้นๆ ที่วีช่องไหน วารสารฉบับไหน

นางสุพร พลະเสวีนันท์ : ข้อมูล เช่น การโฆษณาสินค้า มีผลต่อการดูแลสุขภาพอย่างไร

พญ.ดวงพร ปิณิจิเสศิกุล : ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย ผู้สูงอายุจะทราบได้อย่างไรว่าถูกต้องและทันสมัย ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม พูดต่อกัน เชื่อมต่อกัน โดยไม่ทราบว่าถูกต้องหรือไม่

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : แยกแยะข้อมูลกับแหล่งบริการ ข้อมูลอาจถูกต้อง เช่น ดูจากทีวี รายการที่มีแพทย์มาให้ความรู้ แหล่งบริการ ไปคลินิกดีกว่าซื้อยากินเอง คลินิกแพทย์เฉพาะทางดีกว่าแพทย์ทั่วไป

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : ผู้สูงอายุควรได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัยตั้งแต่แรก กระทรวงควรจัดทำข้อมูลให้อยู่ใกล้บ้าน ปัจจุบันหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุไม่บูรณาการกัน (กรมการแพทย์, กรมอนามัย, กรมควบคุมโรคติดต่อ, รพสต., อสม., จนท.สธ.)

2.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรบ้าง

นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์ : ผู้สูงอายุจะอ่อนเรื่องเทคโนโลยี ไม่ได้ตรวจสอบ

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : รู้ว่าวิธีไหน reliable เลือกสิ่งที่ดีกว่า validity และแนะนำเพื่อนว่าอันไหนดี-ไม่ดี

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิทธิ์ : การตรวจสอบจากหลายๆ แหล่ง โดยปกติคนไทยจะไม่ทำ และเชื่อง่าย เช่น ยาป่าเชิง

นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 4,5 ผู้สูงอายุน้อยคนที่จะตรวจสอบข้อมูล

พญ.ดวงพร ปิณิจิเสศิกุล : ตัวอย่างคำถาม วิธีการใดที่จะตรวจสอบข้อมูลว่าถูกต้องหรือไม่ (สอบถามจากผู้รู้, ตรวจสอบจากเอกสารวิชาการ) ท่านเคยตรวจสอบหรือไม่ ถ้าตรวจสอบทำอย่างไร ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับฟังมาอย่างไร/ตรวจสอบหรือไม่

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 4,5 ถามว่าตรวจสอบหรือไม่ ถ้าตรวจสอบถามต่อบ่อยครั้งแค่ไหน (คำถามข้ออื่น คือ ถามว่าได้หรือไม่ก่อน ถ้าได้ แล้วถามต่อบ่อยครั้งแค่ไหน)

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : ผู้สูงอายุ vary มาก จากที่มีความรู้มาก จนถึงไม่มีเลย ทำอย่างไรผู้สูงอายุจะรู้ว่าสิ่งที่ปฏิบัติมาถูกหรือไม่ถูก

3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication skill)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

3.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

ศ.ดร.ราตรี สุดทรวง : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อคำถามพอใช้ได้ แต่ข้อ 5 ไม่ชัดเจน ซึ่งตัวคนให้ข้อมูลต่อคนอื่น ต้องมีความรู้ก่อน

รศ.นพ.บดี ธนะมัน : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ1 คล้ายเป็นการ access

นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์ : อ่านแล้วไม่เข้าใจ ก็จะถาม บางคนไม่อ่าน เพราะมองไม่เห็น อ่านไม่ออก ส่วนการฟัง ฟังแล้วเข้าใจหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผู้สอน วิธีสอน ผู้ฟัง ความตั้งใจ

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : skill ในการรับสื่อ ตัวอย่างเช่น ตามัว หูตึง จะรับสื่อไม่ได้ ถ้าจะใช้ LINE เปิด smart phone เป็นหรือไม่

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิริระ : อ่านแผ่นพับ อธิบายให้แพทย์ฟัง อธิบายให้คนอื่นเข้าใจอาการ/ความผิดปกติได้ การใช้ภาษาท้องถิ่น บางทีแพทย์ไม่เข้าใจ

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 1 ควรเปลี่ยนเป็น อ่านแล้วเข้าใจดี บ่อยครั้งแค่ไหน ข้อ 2 ฟังแล้วเข้าใจดี บ่อยครั้งแค่ไหน ข้อ 3 ใช้ได้แล้ว

นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา : ผู้สูงอายุที่มีผลกระทบ เช่น เป็นโรค มีความเสี่ยง มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยคนที่มีความเสี่ยง จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะ

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ1 เอกสารแนะนำเรื่องสุขภาพ กว้างไป แล้วแต่เรื่องที่อ่าน อาจปรับเป็น ท่านเคยอ่านเอกสารของชมรมผู้สูงอายุ แล้วเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : ขึ้นกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในความสามารถพูด อ่าน เขียน

นางสุพร พลະเสวีนันท์ : การสื่อสาร คือ การบอกให้รู้ ทำให้เห็น/ทำเป็นตัวอย่าง (ลงมือทำ) ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ หลายๆ ข้อมีหลายคำถามในข้อเดียวกัน เช่น เคยอ่าน แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ คือทั้งถามว่าเคย/ไม่เคย และ เข้าใจ/ไม่เข้าใจ (ข้อ1,2) ส่วนข้อ5 ทั้งพูด อ่าน เขียน หลายคำถามในข้อเดียวกัน ส่วนข้อ6 ข้อมูลสุขภาพ คืออะไร คำถามไม่ชัดเจน

พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ1 ผู้สูงอายุบางคนอ่านไม่ได้ ควรปรับเป็น ท่านเคยอ่านหรือฟัง คำถามข้อ3 ซ้ำซ้อนกับข้อ2

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : การรับสาร ได้แก่ การฟัง อ่าน ส่วนการส่งสาร ได้แก่ การพูด เขียน ควรมีคำถามก่อนองค์ประกอบนี้คือ ท่านอ่าน, เขียน คล่องหรือไม่ การมองเห็น ชัดเจนหรือไม่ อุปสรรคของผู้สูงอายุ คือในแผ่นพับ ตัวหนังสือเล็ก อ่านไม่ได้ ปวดศีรษะ ผู้สูงอายุจะชอบฟัง, ดูมากกว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่อ่าน คือ อ่านไม่ได้, มองไม่เห็น

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : ผู้สูงอายุบางคนจบมัธยม อ่านได้ หรืออ่านได้แต่ไม่มีเวลาอ่าน ไม่เอาใจใส่ต่อการปฏิบัติตัว ตัวอย่างคำถามเช่น ท่านเคยได้อ่านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพครั้งสุดท้ายเมื่อไร จะแสดงถึงการเอาใจใส่สุขภาพมากแค่ไหน โดยสิ่งที่ปฏิบัติมาถูกต้องหรือไม่จึงสำคัญกว่า

3.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรบ้าง

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : สื่อสารให้คนใกล้ตัว คนในชมรม

นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์ : การอธิบายคนอื่น ขึ้นกับความมั่นใจของเรา เคยปฏิบัติมาแล้ว โดยสังคมไทยใช้วิธีการพูดมากกว่าเขียน

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : มี interact ตอบโต้สื่อ มี active participation เช่น โทรเข้าไปในรายการทีวี วิหุ เช่น คลื่น 96.5 ของวีระ ธีระภัทร

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิริระ : ขึ้นกับระดับการศึกษา การอธิบายให้ผู้อื่น อาจอธิบายผิดมากกว่าถูก

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 4 ท่านเล่าถึง/บอกถึง/พูดถึง สุขภาพ/โรคประจำตัวของท่านให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน ข้อ 5 มีหลายคำถามในข้อเดียวกัน ให้แก้ไข

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล : สามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจต่อได้

นางสุพร พลະเสวีนันท์ : การสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ ควรเล่าเรื่องที่คนอื่นสนใจจะดีกว่าพูดเรื่องของเราเอง การพูดเรื่องสุขภาพตนเอง ผู้อื่นอาจไม่สนใจ เพราะช่วยเหลืออะไรไม่ได้

พญ.ดวงพร ภิณจีเสศิกุล : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ4,5 คล้ายกัน อาจปรับเป็น ท่านให้คำแนะนำพูดคุยเรื่องสุขภาพ กับคนอื่นๆ จนเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : มีการบอกต่อ แนะนำคนอื่นหรือไม่

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : มีอสม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุคอยช่วยเหลือ ในชมรมผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี

3.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรบ้าง

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : เห็นเพื่อนหรือคนใกล้ตัวป่วยบ่อย เราก็แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว

นายสุรินทร์ กิจนิตย์ชัย : วิธีโน้มน้าว ต้องพูดเป็น ให้น้ำหนักของข้อมูล ไม่ใช่พูดตามสิ่งที่อยากพูด มีความรู้ กรณีตัวอย่างมารองรับ ยกตัวอย่าง จะทำให้น้ำหนักมาก อาจเชิญบุคคลนั้นมาร่วมพูด เสวนา

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : มีทักษะในการแนะนำผู้อื่น

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิทธิ์ : ผู้สูงอายุมักคือ การโน้มน้าวขึ้นกับบุคคลที่จะโน้มน้าว เช่น มีการศึกษา สุขภาพแข็งแรง

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 6 ท่านสามารถพูดจูงใจ/แนะนำให้ผู้อื่นทราบถึงประโยชน์และทำตาม บ่อยครั้งแค่ไหน หรือ ท่านให้คำแนะนำแก่บุคคลอื่นในการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดี บ่อยครั้งแค่ไหน

นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา : ในกลุ่มครู ก. Informative care giver ต้องมีถึงระดับนี้

ศ.ดร.ปรามอทย์ ประสาทกุล : โน้มน้าวให้ผู้อื่นทำตาม ตัวอย่างคำถาม ท่านรู้หรือไม่ว่าคนเป็นเบาหวาน ควรออกกำลังกายอย่างไร

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : โน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับ โดยตนเองปฏิบัติเองด้วย

พญ.ดวงพร ภิณจีเสศิกุล : โน้มน้าวให้ปฏิบัติตาม ตัวอย่างคำถามเช่น ผู้ที่ท่านพูดคุยเรื่องสุขภาพ ยอมรับข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องจากท่าน บ่อยแค่ไหน

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ท่านเคยชักชวนผู้สูงอายุคนอื่น/เพื่อนบ้าน ให้ทำพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง เช่น ออกกำลังกาย หรือไม่ ท่านเคยชักชวนให้คนอื่นทำตาม ให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยอมรับสิ่งที่ท่านพูดหรือไม่

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จึงจะสามารถโน้มน้าวผู้อื่น ขึ้นกับการรู้ข้อมูลที่ถูกต้องตั้งแต่แรก ปฏิบัติตัวเองด้วย โดยมีทั้งผู้มาประเมินและประเมินตนเอง

4 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

ผู้สูงอายุ ควรมีทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ

4.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

ศ.ดร.ราตรี สุดทรวง : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ คำสั่งต้องชัดเจนว่าเลือกคำตอบได้กี่ข้อ เพราะตัวเลือกรับถูกทุกข้อ แล้วแต่ว่าผู้สูงอายุจะตัดสินใจอย่างไร

รศ.นพ.บดี ธนะมัน : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ1 คล้ายเป็นการสื่อสาร

ตัวเลือกในองค์ประกอบนี้ weight น้ำหนักยาก

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : เจอเพื่อนที่มีอาการบวม ชักถามว่ากินอาหารอะไร เพื่อนตอบว่าไม่ชอบกินจืดหรือบางคนบวม อาจบอกว่า แพทย์ให้ดเค็ม หรือบางคนเคยบวม แพทย์ให้ลดกินเค็ม และยกเท้าสูง ทำให้ทุเลาอาการบวมได้

นายสุรินทร์ กิจนิตต์ชวีร์ : บุคคลส่วนใหญ่ ไม่ทราบเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ เป้าหมายการมีชีวิตอยู่ ได้แก่ สร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ-ทางวัตถุ มีคุณภาพชีวิต ควรทราบเป้าหมายก่อนการตัดสินใจ ซึ่งการตัดสินใจ ต้องมีความรู้ เข้าถึงข้อมูล อยู่กับขีดความสามารถของผู้สูงอายุหรือลูกหลาน เช่น การจัดหาอาหารมาให้

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย เปิดรับความรู้ด้าน health promotion การไม่เป็นโรคไม่ใช่แปลว่าสุขภาพดี หลังป่วย (DM, HT) ตัดสินใจว่าต้องไปหาแพทย์ seek medical care/advice

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิริ : ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักมีคนจัดอาหารมาให้มากกว่าเตรียมเอง

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ต้องรู้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง แล้วตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ ตัวอย่าง ปวดหัวเข่า ทำได้หลายแบบ เช่น ฝังเข็ม ประคบ กินยา ตัวอย่างคำถาม ถ้าท่านรู้สึกไม่สบาย ท่านตัดสินใจไปหาแพทย์/ใช้บริการแหล่งใด ท่านใช้หลักเกณฑ์ใดในการเลือก ท่านใช้ข้อมูลอะไรที่จะเลือก

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : เรื่องออกกำลังกาย เจ้าหน้าที่มีหลายอย่างให้เลือก เช่น รำไม้พอง เดินแอโรบิค ชีจ๊กรยาน รำโนราห์ (ไต) ฟ้อนเจิง (เหนือ) ผู้สูงอายุต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับร่างกายตนเอง ลดการบาดเจ็บ

นางสุพร พลเสวีรัตน์ : ควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเองมากกว่าคนอื่น

พญ.ดวงพร ปิณิจเสศิกุล : ควรทำเป็น scenario ตัวอย่างคำถาม หากท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านคิดว่าข้อใดเป็นการดูแลสุขภาพของท่าน 1.หลีกเลี่ยงการกินเค็ม (ใช่, ไม่ใช่) 2.ไม่ควรออกกำลังกาย (ใช่, ไม่ใช่) แต่ปัญหาคือหากผู้สูงอายุไม่เป็นความดันโลหิตสูงจะตอบไม่ได้ อาจปรับเป็นสร้างคำถามจากหลัก 30 50 ให้ตอบเลือกปฏิบัติ/เลือกปฏิเสธ เช่น ท่านเคยปฏิบัติในข้อเหล่านี้หรือไม่ 1.เลี่ยงอาหารรสจัด (เค็ม, ไม่เค็ม)

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ เน้นการสื่อสารมากกว่าการตัดสินใจ การกล้าตัดสินใจ เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล กล้าพูดตรง/เป็นคนขี้เกรงใจ คำถามควรเป็นเหตุการณ์สั้นๆ ให้ตอบ ถูก, ไม่ถูก จะง่ายกว่าให้เลือก 4 ตัวเลือก เช่น ข้อ2 ท่านจะกิน, ไม่กิน, ไม่แน่ใจ คนที่ตอบกินและไม่แน่ใจ ให้ถามต่อว่า เพราะอะไร เช่น เกรงใจ, อื่นๆ

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : รู้ว่าควรเลือกปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยง ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการประเมินผู้สูงอายุในภาพรวมปีละครั้ง โดยอสม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยการประเมินผู้สูงอายุเดือนก.พ.-มี.ค. รายงานผลในเดือนเม.ย. ในวันที่ 14 ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุในประเทศไทยก็เปอร์เซ็นต์ที่ดูแลตนเองได้ดี ปฏิบัติตัวอย่างไร อาศัยอยู่ที่ไหน การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน ควรมีการอบรมอสม.ให้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ไปประเมินผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลว่าอยู่ในกลุ่มใด เช่นช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีโรค, ช่วยเหลือตนเองได้ เป็นกลุ่มเสี่ยง, ช่วยเหลือตนเองได้ กำลังมีโรค, ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

4.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรบ้าง

นายสุรินทร์ กิจนิตต์ชวีร์ : ต้องเอามาบอก ลบ คุณ หาร กันว่าดี-ไม่ดี ขึ้นกับค่านิยม

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย รู้เรื่อง health promotion และตัดสินใจทำด้วย เช่น ยอมเสียเวลาไปออกกำลังกายสวนลุม หลังป่วย (DM, HT) เลือกแหล่งที่ตัวเองจะไปบริการดูแล

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิริ : เมื่อตัดสินใจเลือกแล้ว ต้องมีเหตุผล มีความรู้ก่อนแล้ว การมีวินัย การควบคุมตนเอง

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : สิ่งที่ต้องถูกต้องตามหลักการมีสุขภาพดี ถ้าเลือกแล้ว สามารถบอกถึงผลดี-ผลเสียได้หรือไม่ การเลือกที่จะรำกระบอง เพราะทำให้กล้ามเนื้อหายเมื่อย เป็นการยึดเหยียดกล้ามเนื้อ เลือดไหลเวียนดี การเลือกกินน้ำโนนิ เพื่อรักษามะเร็ง การที่ท่านเลือกปฏิบัติแบบนั้นๆ ท่านมีเหตุผลอะไร (เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ) คนอื่นบอกทำแล้วดี ฉันทึ่งทำตาม เป็นกระแส เขาถือกันว่าดี หรือ หากไม่เลือกปฏิบัติใดๆ ในการดูแลสุขภาพ ท่านมีเหตุผลอะไร

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : บอกขาว-ดำ ได้ เช่น ให้เหตุผลได้ว่าทำไมไม่เลือกแอมโรบิค ทำไมไม่เลือกกินทุเรียน ลำไย
พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : อาจถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกินอาหาร ตัวอย่างคำถาม หากท่านเป็นเบาหวาน ท่านควรเลือกกินฝรั่งมากกว่าทุเรียน (ใช่, ไม่ใช่)

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละคน ในการเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตัวเขาและครอบครัวได้อย่างไร

4.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรบ้าง

นายสุรินทร์ กิจนิตต์ชวี : เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เปลี่ยนความคิด

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย แนะนำเพื่อนในการตัดสินใจได้ เช่น อะไรดี-ไม่ดี วิ่งมาราธอน ไม่ดี จะทำให้เข้าเสื่อมได้ หลังป่วย (DM, HT) แนะนำเพื่อน เช่น น้ำหมักป่าเชิงไม่ดี

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิทธิ์ : ซ่อน เกิดยากมาก

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : บอกขาว-เทา ได้ เช่น กินข้าวขัดสี ดีกว่าข้าวขาว อย่างไร ซึ่งการกินข้าวขาวก็ไม่ได้มีผลเสียอะไร

พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : ในทางปฏิบัติ ท่านตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ โดยอาศัยอะไรบ้าง 1.ความรู้ที่ถูกต้องของข้อมูล 2.วิเคราะห์-ผลเสียจากการปฏิบัติ 3.เลือกทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย 4.นึกถึงจิตใจของผู้แนะนำ ตัวอย่างคำถามในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ5 พอใช้ได้ แต่ตัวผู้สูงอายุต้องเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น วิถีไหน เป็นการปฏิบัติที่ท่านเลือก ท่านจะปฏิเสธ/ตอบลูกว่าอย่างไร คุณยายควรตอบลูกว่าอย่างไร ตัวอย่างคำถาม ถ้าท่านเป็นเบาหวาน หลานซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกิน, ไม่กิน ถ้าไม่กิน เพราะอะไร ตัวอย่างคำถาม ท่านเคยปฏิเสธคำแนะนำบางอย่างจากผู้อื่น พร้อมทั้งให้เหตุผลที่จะไม่ทำตามหรือไม่ (เคย, ไม่เคย)

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : รู้ได้อย่างไรว่าทางเลือกนั้นถูกต้องกับตัวเขาและครอบครัว ถึงต้องมีการประเมินทุกปี เช่น ตรวจเต้านมเป็น ชั่งน้ำหนักถูกต้อง

5 การจัดการตนเอง (Self-management)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง

5.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

ศ.ดร.ราตรี สุตทรวง : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 4 คำว่าทบทวน หมายถึงอะไร

รศ.นพ.บดี ธนะมณี : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ในแต่ละข้อให้ยกตัวอย่างว่าเป็นเรื่องอะไร ส่วนในข้อ 3 การยกตัวอย่างมีทั้งการกินอาหาร และการออกกำลังกาย ควรยกตัวอย่างแค่เรื่องเดียว

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ อาจถามว่าท่านเคยวางแผนจะออกกำลังกายบ่อยครั้งแค่ไหน

นายสุรินทร์ กิจนิตต์ชวี : การพึ่งตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรค บำบัดรักษา สมัยนี้พึ่งเงินมากกว่าพึ่งตนเอง

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย รับรู้ในชุมชนตนเองมีกิจกรรม health promotion อะไรบ้าง เช่น มีชมรมผู้สูงอายุหรือไม่ อบต. เทศบาล มีกิจกรรมอะไรบ้างในวันผู้สูงอายุ หลังป่วย (มีโรคเรื้อรังแล้ว) สถานบริการที่ตนใช้บริการ มี HP หรือไม่ หรือรู้แค่จะไปรับยา

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิทธิ์ : ตั้งเป้าหมาย อยากมีสุขภาพดี แข็งแรง

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 1 ปรับเป็น ถ้าท่านทราบว่า การดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ท่านตั้งเป้าหมายไว้เท่าไร หรือ ท่านตั้งเป้าหมายเรื่องการรับประทานอาหาร ประเภท ปลา ผัก ตั้งเป้าหมายเรื่องการดื่มน้ำ 8 แก้ว/วัน ไว้

อย่างไร การดูแลสุขภาพจิต ไม่ยึดติด ท่านตั้งเป้าหมายไว้อย่างไร ขอเสนอแนะว่า คำถามในแต่ละ domain (องค์ประกอบ) ควรเป็นคำถามแต่ละด้าน (อาหาร ออกกำลังกาย) หรือแต่ละ scenario

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : มีการวางแผน กำหนดเป้าหมายไว้ก่อน

นางสุพร พลเสวีพันธ์ : ควรถามแบบเชื่อมโยง เช่น ถ้าเป็นโรคนี้ ปฏิบัติตัวอย่างไร เล่าให้คนอื่นฟังอย่างไร

พญ.ดวงพร ปิณจีเสกกุล : ขึ้นกับความรู้ของผู้สูงอายุ และนำมาปฏิบัติ ในรูปแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 2 พอใช้ได้

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ในรูปแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 2 ควรระบุ ว่าเรื่องอะไร เช่น ออกกำลังกาย, อาหาร วางแผนอย่างไร

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : หากมีตัวชี้วัดว่า บ้านที่มีผู้สูงอายุ ควรจะมีเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดัน มีคู่มือความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคที่บ่งบอกในผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้ประเมินประเมินได้ง่ายว่ามีหรือไม่มี ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นประจำหรือไม่

5.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรบ้าง

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : ในรูปแบบทดสอบความฉลาดฯ อาจถามว่าท่านเคยปฏิบัติตามแผนออกกำลังกาย บ่อยครั้งแค่ไหน

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย ไปร่วมกิจกรรม HP กับเขาหรือไม่ สม่่าเสมอหรือไม่ หลังป่วย ไปรับยา สม่่าเสมอหรือไม่ ที่รพ.มีคลินิกเบาหวาน เคยเข้ารับการแนะนำสุขภาพหรือไม่ แล้วนำมาทำจริงหรือไม่

5.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรบ้าง

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : ถามการทบทวน เช่น เคยวางแผน เคยไปทำ ต่อมาไม่ค่อยได้ทำ ตอนนี้นำ ทบทวนว่าที่เคยไปทำ ดี-ไม่ดี ที่ไม่ไป เพราะอะไร เช่น ไม่มีเพื่อน ต้องดูแลคนที่บ้าน เหตุอื่น (ขาดใจ)

นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี : การทบทวน มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้กัน ไม่มีการสรุปว่าใครดีกว่าใคร จากนั้นนำไป ปรับปรุง

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย มีการ monitor ตนเองหรือไม่ มีเครื่องชั่งน้ำหนักหรือไม่ กรณีน้ำหนักมาก ชั่งน้ำหนักทุกเช้าหรือไม่ หลังป่วย monitor ว่าปฏิบัติสม่่าเสมอ มี self-feedback เช่น เป็น HT มีเครื่องวัด BP ที่ บ้านหรือไม่ ถ้าวัดได้สูง จะทำอย่างไร กินยาสม่่าเสมอ ลดเค็ม

รศ.ดร.มยุรี ตันตสิริระ : การทบทวน การปรับเปลี่ยน ขึ้นกับนิสัยส่วนบุคคล ความตั้งใจจริง ความมีวินัย เศรษฐฐานะ สิ่งแวดล้อม เช่น อยู่คอนโด การมีสวนสาธารณะ มีพื้นที่ให้ออกกำลังกาย มีผู้รับผิดชอบอำนวยความสะดวก กระตุ้น ให้ความรู้ เช่น การร่วสุขภาพ

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : ทบทวน เช่น ตั้งเป้าหมายว่าจะลดน้ำหนัก 10 กก. ทำไมน้ำหนักไม่ลง ออกกำลังกายน้อย ไป กินอาหารไม่ถูกต้อง ปรับแผนใหม่

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : การทบทวนวิธีการปฏิบัติ ใครจะเป็นคนบอกกับผู้สูงอายุควรมีการทบทวน จึงต้องมีผู้มา ประเมิน

6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)

ผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถการรู้เท่าทันสื่อ

6.1 ในระดับพื้นฐาน อย่างไรบ้าง

ศ.ดร.ราตรี สุตทรวง : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 1 และ 2 คำว่าตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ไม่ชัดเจน มันต่างกันอย่างไร ผู้สูงอายุ อาจไม่เข้าใจคำถาม เช่น โฆษณาแบรนด์ ราคาแพงกว่าคุณค่า โภชนาการ

รศ.นพ.บดี ธนะมัน : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 1 ตัดคำว่าจากหลายๆ แหล่งออก

นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี : ผู้สูงอายุ ไม่ค่อยได้ตรวจสอบข้อมูล

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย รู้แหล่งข้อมูล ที่ไหน reliable ระหว่าง รพ. วารสาร นิตยสารwebsite หลังป่วย รู้แหล่งข้อมูลที่จะไปรับบริการ รู้ว่าแหล่งไหนให้เวลากับผู้ป่วย เข้าใจผู้ป่วย แนะนำผู้ป่วยดี

รศ.ดร.มยุรี ตันตีสิริระ : การตรวจสอบข้อมูลที่สื่อแนะนำเสนอ คนไทยมักไม่ทำ เช่น โฆษณาครีมลอกานอยด์ จดทะเบียนเป็นเครื่องสำอาง ไม่ใช่จดเป็นยาสมุนไพร จึงไม่มีทะเบียนยา ไม่ต้อง prove อาศัยช่องว่างของกฎหมาย ความไม่รู้ของผู้บริโภค โฆษณาจากผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นยาสมุนไพร ดังนั้นการอ่านฉลากอาหาร ยา เครื่องสำอางจึงสำคัญ

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : โฆษณาปัจจุบันมีอะไรบ้าง เช่น อาหาร อุปกรณ์ ของใช้ทางสุขภาพ ตัวอย่างคำถาม ท่านเชื่อโฆษณาเรื่อง.....หรือไม่ ท่านตรวจสอบทุกครั้งหรือไม่ ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 1 และ 2 คล้ายกัน

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล : สื่อคืออะไร หนังสือพิมพ์ ทีวี เคเบิลทีวี วิทยุ วารสาร ตัวอย่างคำถาม ท่านเคยรู้เรื่องอาหารเสริม.....จากสื่อ..หนังสือพิมพ์..หรือไม่ เคย ไม่เคย ถ้าเคย ท่านสนใจหรือไม่ ท่านเชื่อตามโฆษณาหรือไม่ ท่านตรวจสอบหรือไม่ ท่านบอกต่อหรือไม่ โดยถามทีละสื่อ ถ้าตอบไม่เคย ให้ข้ามไปสื่ออื่น

พญ.ลัดดา คำกริการเลิศ : คนไทยมีข้อมูลนี้น้อย เชื่อโดยไม่มี evident base เชื่อโดยบอกต่อๆ กันมา อาหารเสริม ไม่มี evident อุปกรณ์การแพทย์ แม่เหล็กไฟฟ้า คนไทยตรวจสอบข้อมูลน้อยมาก ควรเริ่มจากไม่เชื่อข่าวลือ

นางสุพร พลเสวีนันท์ : สื่อมีกี่ประเภท ผู้สูงอายุดูสื่ออะไรบ้าง ในชุมชนมีสื่ออะไรบ้าง (ลงสำรวจล่วงหน้า, ห้องสมุด มีหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่) สื่อมีทั้งสื่อให้ความรู้ และสื่อโฆษณาขายสินค้า การโฆษณาขายสินค้า น่าเชื่อถือหรือไม่ ตัดสินใจซื้อด้วยวิธีไหน เช่น ชื้อเลย หรือดูผลจากคนอื่นใช้ก่อน ตัวอย่างคำถาม อ่านแผ่นพับ เข้าใจไหม เชื่อไหม ทำตามนั้นไหม (ดูทีวี ฟังวิทยุ ถามแบบเดียวกัน)

พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ1 ใช้ได้

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ควรมีคำถามก่อนองค์ประกอบนี้ว่า 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ดูสื่อใดเป็นหลัก สิ่งที่อยู่ในสื่อ ได้แก่ ยา วิตามินบำรุง อาหารเสริม อุปกรณ์การแพทย์ นม ครีมทาผิว Anti-aging product สิ่งอำนวยความสะดวก แวนตาไม้เท้า รถเข็น ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยาเสริมสมรรถภาพทางเพศ ตัวอย่างคำถาม ผลิตภัณฑ์/บริการที่ท่านสนใจ มีอะไรบ้าง เลือกได้หลายข้อ และเลือกสนใจอะไรเป็นหลัก ท่านเชื่อตามโฆษณาหรือไม่

นพ.วัลลภ ไทยเหนือ : ผู้สูงอายุเข้าถึงสื่อหรือไม่ สื่อที่มีอยู่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน ผู้สูงอายุที่ตรวจสอบสื่อ จะมีใครมาดูแลผู้สูงอายุอีกที่เข้าถึงสื่อ สามารถแยกแยะสื่อได้

6.2 ในระดับปฏิสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม

ศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ : เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ บางครั้งยังไม่เชื่อ ถามแพทย์ว่าผู้ป่วยของแพทย์มีอากาศดีขึ้นกี่คน ถ้าไม่เชื่อสื่อตั้งแต่แรก อาจหาข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่เพิ่มก็ได้

นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี : ถ้าจะเปรียบเทียบ ต้องมีการมาพูดคุยกัน ผู้นำกลุ่ม (กระบวนกร) เป็นผู้จุดประกาย กระตุ้นสร้างการตระหนักรู้ ไม่ด่วนสรุป ถ้าจะสรุป ต้องถามความเห็นของกลุ่มเป็นส่วนใหญ่

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อน-หลังป่วย เปรียบเทียบ รู้แล้วว่า แหล่งไหนดี เลือกใช้ เลือกปฏิบัติ (รู้แล้วทำด้วย)

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิริระ : ในคนไทยไม่เกิดข้อนี้

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 3 คำว่าวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย ผู้สูงอายุอาจไม่เข้าใจ

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ

พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : ท่านเคยไม่เชื่อถือโฆษณาหรือไม่ ท่านเคยตรวจสอบ สืบหาข้อมูลหรือไม่ ท่านเคยไม่ปฏิบัติตามคำโฆษณาในสินค้าบางอย่าง หลังมีการตรวจสอบหรือไม่

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ท่านได้มีการถามบุคคลอื่น เช่น แพทย์, เพื่อน หรือไม่ ท่านหาแหล่งข้อมูลอื่นเพื่อตรวจสอบว่าดีจริงหรือไม่ ตรวจสอบกับบุคคลอื่นถึงผลข้างเคียงหรือไม่ เช่น จากแพทย์ เพื่อนที่เคยใช้ ดาราที่โฆษณา ผู้สูงอายุที่โฆษณา

6.3 ในระดับวิจารณ์ญาณ อย่างไรก็ตาม

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย : ก่อนป่วย แนะนำเพื่อนถึงสื่อ ประเมินว่าสื่อไหนดี เลือกไปรพ.ที่ตนเองเชื่อว่าดี หลังป่วย แนะนำเพื่อนหยุดบุหรี่ ฉันทหยุดได้ เพราะโทรไปสายด่วน เธอลองทำบ้างสิ

รศ.ดร.มยุรี ตันติสิริระ : คนไทยมักไม่มีการประเมินข้อความจากสื่อ

รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ 4 นำเสนอเรื่องอะไร.....อาจยกตัวอย่างเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ท่านประเมินเนื้อหาที่เสนอนำเสนอหรือไม่ ข้อ 5 มี 2 คำถามในข้อเดียวกัน ควรแยกข้อ ท่านนำข้อมูล/เนื้อหาจากสื่อ ไปปฏิบัติต่อตนเอง บ่อยครั้งแค่ไหน และอีกข้อ ท่านนำข้อมูล/เนื้อหาจากสื่อไปแนะนำกับคนรอบข้างบ่อยครั้งแค่ไหน

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ : ประเมินโดยนำมาทดลองใช้ (experiment) และประกาศผลการทดลองกับชุมชน

พญ.ดวงพร ปิณจีเสศิกุล : หลังจากข้อ4 ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ อาจถามว่า ท่านเคยปฏิเสธคำแนะนำตามโฆษณาหลังมีการตรวจสอบหรือไม่ และต่อด้วยข้อ5 ในร่างคำถาม

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ข้อ4 คำว่า “ประเมินคุณภาพ” ยากไปสำหรับผู้สูงอายุ ตัวอย่างคำถาม ทำให้ถึงเชื่อโฆษณา ท่านเคยประเมินหรือไม่ (ตัดคำว่าบ่อยครั้งแค่ไหนออก) ท่านเคยประเมินว่าโฆษณานี้ให้ข้อมูลที่จริงหรือไม่ ท่านเคยแยกแยะว่าโฆษณาสื่อสุขภาพ ให้ข้อมูลที่เป็นจริง หรือชวนเชื่อ (หลอกลวง) หรือไม่ ถ้าตอบว่าไม่เคย ไม่ถามต่อ ถ้าตอบว่าเคย, บางครั้ง, ทุกครั้ง ให้ถามต่อ หรืออาจถามว่าท่านแยกแยะได้, ไม่ได้, ไม่แน่ใจ ถ้าได้ ท่านแยกแยะอย่างไร ท่านชี้แนะผู้อื่นให้แยกแยะต่อได้หรือไม่

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

รศ.นพ.บตี ณะมัน : การถามประวัติในอดีต (ส่วนที่ 2) เช่น ท่านออกกำลังกายบ้างหรือไม่ ปกติรับประทานอาหารอะไร น้ำหนักตัวเท่าไร ท่านรู้จักสื่ออะไรบ้าง รับสื่อจากช่องทางไหนบ้าง ท่านจัดการตนเองอย่างไรบ้าง ท่านอ่านฉลาก/ส่วนประกอบอาหารข้างผลิตภัณฑ์บ้างหรือไม่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถ link มาส่วนที่ 3 ที่เป็นคำถามวัดความฉลาดฯ ได้ นอกจากนั้นควรรู้ culture ของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ก่อน อาจสอบถามจากผู้รับผิดชอบ และควรรู้ว่าเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องสุขภาพอะไรบ้าง

ส่วนที่ 2 ปัจจุบันที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ ข้อ 20 ตัวเลือก กองทุนยา สถานีอนามัย หมอพื้นบ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ควรตัดออก เนื่องจากเก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะไม่มีสถานบริการเหล่านี้ และควรเปลี่ยนเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุข ส่วนโรงพยาบาล ให้เขียนว่า โรงพยาบาลรัฐ ระบุ.....โรงพยาบาลเอกชน ระบุ.....

นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา : ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ คำถามข้อ 3 ระดับการศึกษา อาจให้ตอบเป็น อ่านได้ เขียนได้ หรือ อ่านได้ เขียนไม่ได้ ซึ่งข้อมูลนี้ มีผลต่อการรับรู้ข้อมูล ข้อ 10 ถ้าดูแลตัวเองดี ก็ไม่มีผู้ดูแล การช่วยเหลือตนเอง คำถามง่ายๆ เช่น ทุกวันนี้ช่วยเหลือตนเองได้ขนาดไหน โดยถามก่อนถึงข้อ 10 ตัวเลือกมี 3 ข้อ คือ 1. ช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ 2. เริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วย (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) 3. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อย่างสิ้นเชิง คำถามข้อ 22 ให้เพิ่มว่ากิจกรรมอะไร ตัวอย่างกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร โภชนาการ ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจตา วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง รอบพุง ตัวอย่างกิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ ปฏิบัติธรรม (ตามศาสนา) home visit เพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมหารายได้ งานฝีมือ งานอาชีพ

ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล : เมื่อได้คะแนนความฉลาดทางสุขภาพมาแล้ว ควรนำมาหา correlation กับสถานะสุขภาพปัจจุบัน ด้วยจะเกิดประโยชน์มาก เช่น คนที่สถานะสุขภาพดี คะแนนความฉลาดเป็นอย่างไร

นางสุพร พลະเสวีนันท์ : ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ คำถามข้อ 10 อยากให้ปรับเป็น ใครดูแลท่านเป็นส่วนใหญ่/เป็นประจำ (คำว่าดูแล อาจแยกได้เป็น คนให้เงิน, คนดูแลไปๆมาๆ, คนดูแลใกล้ชิด) ข้อ 14 แหล่งที่มาของรายได้ อยากให้ระบุว่าจะแต่ละตัวเลือกให้เท่าไร ซึ่งอาจไม่ต้องถามข้อ 15 ต่อ ส่วนข้อ 16 คำถามกว้างไปปรับเป็น มีเงินเก็บหรือไม่ เงินพอใช้หรือไม่ มีหนี้หรือไม่ เต็มคร็อนจากภาวะหนี้หรือไม่ ข้อ 17 อาจแยกได้หลายข้อย่อย เช่น 17.1 ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง (ตัวอย่างตอบว่าเบาหวาน) 17.2 ท่านได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ ทางเลือก 17.3 สถานบริการที่รับบริการ 17.4 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ท่านทำอย่างไร ข้อ 18 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ข้อ 19 สิทธิในการรักษาพยาบาลของท่าน ตัวเลือก(7) ชำระเงินเอง ตัดออกเพราะซ้ำกับ (1) ไม่มีสิทธิ ข้อ 20 นำไปต่อข้อ 17 ข้อ 21 อาจไม่ต้องถาม เพราะดูที่ประวัติ/ทะเบียนของชมรมได้ ข้อ 22 ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ก็ครั้ง/เดือน จะชัดเจนกว่าที่ให้เลือกว่า เข้าร่วมบ่อยๆ เข้าร่วมนานๆครั้ง (ข้อ 21, 22 อาจดูได้ที่ทะเบียนของชมรมที่มีข้อมูลอยู่แล้ว เป็น secondary data อาจไม่ต้องถาม) ข้อ 23 อาจปรับใหม่เป็น ท่านเดินทางมาชมรมโดยวิธีใด ใช้เวลาเท่าไร ส่วนตัวอย่างคำถามในร่างแบบทดสอบความฉลาดฯ ให้ตรวจสอบดูว่าผู้สูงอายุเข้าใจคำถามหรือไม่ มีกี่คำตอบ

พญ.ดวงพร ปิณฉีเสถิกุล : พอได้เครื่องมือแล้ว ควรทำ Indepth interview ผู้สูงอายุสักประมาณ 10 คน ประเมินดูว่าอยู่ level ไหน เมื่อเทียบกับคะแนนจากแบบทดสอบ ซึ่งจะช่วยบอกได้ว่าเครื่องมือของเราดีหรือไม่

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : ควรระบุ Time frame ในตัวคำถามด้วยคือช่วงเวลาให้ผู้สูงอายุคิดย้อนไป เช่น 6 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ช่วงเหมาะสมคือ 6 เดือน - 1 ปี โดยดูให้เหมาะกับคำถาม ถ้าต้องการความทันสมัย เช่น ด้านสื่อ ก็ใช้ 6 เดือน และเมื่อเครื่องมือเสร็จ ควรนำไป pilot เพื่อปรับคำถาม

ภาคผนวก ก แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการรับฟังความคิดเห็น
จากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2 และ 3

เอกสารที่แนบมา (ร่าง) แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยกับข้อความและระบุเหตุผล

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (จำนวน 12 ข้อ)

ข้อ ที่	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	ข้อเสนอแนะ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (จำนวน 5 ข้อ)

ข้อ ที่	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	ข้อเสนอแนะ
1						
2						
3						
4						
5						

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (จำนวน 6 ข้อ)

ข้อ ที่	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	ข้อเสนอแนะ
1						
2						
3						
4						
5						
6						

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (จำนวน 5 ข้อ)

ข้อ ที่	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	ข้อเสนอแนะ
1						
2						
3						
4						
5						

องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง (จำนวน 5 ข้อ)

ข้อ ที่	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	ข้อเสนอแนะ
1						
2						
3						
4						
5						

องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (จำนวน 5 ข้อ)

ข้อ ที่	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด	ข้อเสนอแนะ
1						
2						
3						
4						
5						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ก ผลกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ 15 ท่าน

คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อข้อความถามรายข้อ

5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง

2 = เห็นด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (n=15)

ข้อ ที่	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	median	mode	IQR
1.	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง	5	5	1
2.	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 – 6 ชั่วโมง	4	4	1
3.	ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	5	5	1
4.	ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ สูง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	4	4	1
5.	ผู้สูงอายุที่อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย มักเกิดความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่อารมณ์ดี และผ่อนคลาย	4	4	1
6.	ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันความเสื่อมและช่วยเสริมสร้างการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ	5	5	1
7.	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาตองเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งระดับมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	4	4	1
8.	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินยาตอนท้องว่าง	4	5	2
9.	ห้องพักของผู้สูงอายุควรอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	4	4	1
10.	หากท่านท้องผูก ควรกินผักและผลไม้เพื่อเพิ่มกากใยอาหาร และควรดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	5	5	1
11.	หากท่านปัสสาวะสีเหลืองเข้ม แสดงว่าดื่มน้ำน้อยเกินไป	4	4	1
12.	หากท่านมีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันทีเพื่อให้อาการทุเลา	4	4	2

(ข้อความปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ ที่	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ
8.	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่ควรกินยาตอนท้องว่าง (อ.สุวิณี)			
12.	หากท่านมีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกนั่งหรือเดินช้าๆ เพื่อป้องกันการทกล้ม			

องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	median	mode	IQR
1.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลได้ทันทีหรือไม่	4	4	1
2.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านมีวิธีการในการค้นหาที่หลากหลายหรือไม่	4	4	2
3.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาจนได้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่	4	4	2
4.	ท่านมีการตรวจสอบข้อมูล โดยการสืบค้นมากกว่า 1 แหล่งหรือไม่	4	4	2
5.	ท่านเคยนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ค้นหา มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือไม่	4	5	1

(ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ)

ท่านได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลใดบ้าง (จงเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด)

(จากเดิมให้เลือกข้อเดียว เปลี่ยนเป็นให้เลือกหลายข้อเพื่อให้สอดคล้องกับข้อความที่ต้องการให้ผู้สูงอายุค้นหาและตรวจสอบจากหลายๆแหล่ง)

- (1) บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)
- (2) สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร เป็นต้น)
- (3) โทรทัศน์
- (4) วิทยุ
- (5) อื่นๆ ระบุ.....

(ข้อความปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ ที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่ได้ ทำ เลย
1.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที			
2.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านมีวิธีการในการค้นหา			

ข้อ ที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่ได้ ทำ เลย
	จากหลายๆแหล่ง			
3.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือ สอบถามจนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง			
4.	ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากหลายแหล่งจน ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ			
5.	ท่านเคยนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้มา นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของท่าน			

หมายเหตุ แหล่งข้อมูลในคำถามข้อ 1 – 5 หมายถึง แหล่งข้อมูลที่คุณตอบระบุไว้ข้างต้น

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	median	mode	IQR
1.	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ แล้ว เข้าใจดี หรือไม่	4	4	3
2.	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ แล้วเข้าใจดี หรือไม่	4	4	2
3.	ท่านต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้สามารถเข้าใจ ข้อความจากสื่อสุขภาพ หรือไม่	4	4	2
4.	ท่านเคยบอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการดูแลสุขภาพ หรือไม่	4	4	1
5.	ท่านเคยชักชวนให้บุคคลอื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแล สุขภาพให้ดีขึ้น หรือไม่	4	4	1
6.	ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง หรือไม่	4	4	2

(ข้อคำถามปรับใหม่ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อที่	ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่ได้ ทำ เลย
1.	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ (ยกตัวอย่างเช่น เอกสาร ของชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี			
2.	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ (ยกตัวอย่างเช่น ฟังจากชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี			
3.	ท่านต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความ จากสื่อสุขภาพ (ยกตัวอย่างเช่น สื่อของชมรมผู้สูงอายุ)			

ข้อที่	ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่ได้ ทำ เลย
4.	ท่านเคยบอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			
5.	ท่านเคยชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			
6.	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง			

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการตัดสินใจ	median	mode	IQR
1.	ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำตาลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร <input type="checkbox"/> กิน เพราะ..... <input type="checkbox"/> ไม่กิน เพราะ.....	4	4	1
2.	ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร <input type="checkbox"/> กิน เพราะ..... <input type="checkbox"/> ไม่กิน เพราะ.....	4	4	1
3.	ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร <input type="checkbox"/> ซื้อ เพราะ..... <input type="checkbox"/> ไม่ซื้อ เพราะ.....	4	4	1
4.	ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไป นี้ และเพราะอะไร <input type="checkbox"/> เดินช้าๆ ในสวน เพราะ..... <input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค เพราะ.....	4	4	2
5.	ท่านตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ โดยอาศัยอะไรบ้าง <input type="checkbox"/> (1) ความรู้ที่ถูกต้องของข้อมูล <input type="checkbox"/> (2) วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากการปฏิบัติ <input type="checkbox"/> (3) เลือกทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย <input type="checkbox"/> (4) นึกถึงจิตใจของผู้แนะนำ	4	3	1

(ข้อความปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อที่	ทักษะการตัดสินใจ
5.	<p>ถ้าท่านจะตัดสินใจ เรื่อง..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) ความรู้ที่ถูกต้องของข้อมูล</p> <p><input type="checkbox"/> (2) วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากการปฏิบัติ</p> <p><input type="checkbox"/> (3) เลือกรางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> (4) นึกถึงจิตใจของผู้แนะนำ</p> <p>(ผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ระบุหรือยกตัวอย่างว่า เรื่องหรือประเด็นอะไร)</p>

องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง (n=15)

ข้อที่	ทักษะการจัดการตนเอง	median	mode	IQR
1.	ท่านเคยวางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การกินอาหารในแต่ละมื้อ หรือไม่ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)	4	5	1
2.	ท่านสามารถทำตามแผนที่วางไว้ หรือไม่	4	4	1
3.	ท่านเคยทำตามแนวทางการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องหรือไม่	4	4	3
4.	ท่านเคยทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่	4	4	2
5.	ท่านเคยปรับปรุงตนเอง เรื่องการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นหรือไม่	4	5	1

(ข้อความปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อที่	ทักษะการจัดการตนเอง	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ทำเลย
1.	ท่านเคยกำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)			
2.	ท่านเคยวางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)			
3.	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้			
4.	ท่านเคยทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้			
5.	หลังจากการทบทวน ท่านเคยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			

องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	median	mode	IQR
1.	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม ที่สื่อแนะนำหรือไม่	4	4	1
2.	ท่านตรวจสอบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อแนะนำหรือไม่	4	4	1
3.	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อแนะนำในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อหรือไม่	4	4	1
4.	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง หรือไม่	4	4	2
5.	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้างหรือไม่	4	4	2

(ข้อความถามปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อที่	ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้ทำเลย
1.	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม ที่สื่อแนะนำ			
2.	ท่านตรวจสอบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ			
3.	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ			
4.	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง			
5.	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง			

ภาคผนวก ฐ ผลกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ 15 ท่าน

คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อข้อคำถามรายข้อ

5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง

2 = เห็นด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (n=15)

ข้อที่	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	median	mode	IQR
1.	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง	5	5	1
2.	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 – 6 ชั่วโมง	5	5	1
3.	ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี (ควรปรับเป็นผู้สูงอายุทุกคน)	5	5	1
4.	ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	5	5	0
5.	ผู้สูงอายุที่เครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ	5	5	1
6.	ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ถือเป็นออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	4	4	2
7.	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาตองเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับ	4	4	1
8.	การกินยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่ควรกินยาประเภทนี้ตอนท้องว่าง	5	5	1
9.	ห้องพักของผู้สูงอายุควรอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	5	5	1
10.	การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น	5	5	1
11.	การดื่มน้ำน้อยกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	4	5	2
12.	ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะ ควรระมัดระวังในขณะที่ลุกนั่งหรือเดินช้าๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม	5	5	1

องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	median	mode	IQR
1.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที	5	5	1
2.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง	4	5	1
3.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ สอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	5	5	1
4.	ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ (ปรับใหม่เป็น) ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือตำรา จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	4	5	2
5.	ท่านได้นำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้มา และนำมาปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของท่าน	5	5	1

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	median	mode	IQR
1.	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น เอกสารของชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี	5	5	2
2.	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ (ยกตัวอย่างเช่น ฟังจากชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี	4	5	1
3.	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น สื่อของชมรมผู้สูงอายุ)	4	4	1
4.	ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	5	5	1
5.	ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	4	4	1
6.	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	4	4	1

(อ.นพ.ประเสริฐ เสนอให้เรียงสลับข้อใหม่ระหว่างข้อ 5 และ 6 => ยังไม่ได้สลับ)

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการตัดสินใจ	median	mode	IQR
1.	<p>ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนชื่อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> กิน เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่กิน เพราะ.....</p>	5	5	1
2.	<p>ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> กิน เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่กิน เพราะ.....</p>	5	5	1
3.	<p>ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> ซื้อ เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ซื้อ เพราะ.....</p>	5	5	1
4.	<p>ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไปนี และเพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> เดินช้าๆ ในสวน เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค เพราะ.....</p>	4	5	1
5.	<p>ถ้าท่านจะตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็ม โดยอาศัยอะไรบ้าง</p> <p>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) ความรู้ที่ถูกต้องของข้อมูล</p> <p><input type="checkbox"/> (2) วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากการปฏิบัติ</p> <p><input type="checkbox"/> (3) เลือกทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> (4) นึกถึงจิตใจของผู้แนะนำ</p> <p>(ปรับตัวเลือกใหม่ให้เข้าใจง่าย)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) ความรู้เรื่องการฝังเข็ม</p> <p><input type="checkbox"/> (2) เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการฝังเข็ม</p> <p><input type="checkbox"/> (3) เลือกวิธีฝังเข็มเพราะเกิดผลกระทบน้อยกว่าวิธีอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> (4) เกรงใจผู้แนะนำ</p>	4	4	2

องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง (n=15)

ข้อที่	ทักษะการจัดการตนเอง	median	mode	IQR
1.	ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)	5	5	1
2.	ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1 – 3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)	5	5	1
3.	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	5	5	1
4.	ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้	4	5	2
5.	หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	4	4	1

องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (n=15)

ข้อที่	ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	median	mode	IQR
1.	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม ที่สื่อนำเสนอ	5	5	1
2.	ท่านตรวจสอบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพ (ปรับใหม่เป็น) ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา	4	5	1
3.	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	4	4	1
4.	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	4	4	1
5.	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง	5	5	1

ภาคผนวก ๗ แบบประเมินคุณภาพของแบบทดสอบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ
เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

1. แบบประเมินนี้ใช้ประเมิน (ร่าง)แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิเท่านั้น
2. เกณฑ์ในการลงความเห็น มีดังนี้
 - 2.1 ให้ความเห็น +1 เมื่อท่านแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนหรือสอดคล้องกับเนื้อหา
 - 2.2 ให้ความเห็น 0 เมื่อท่านไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนหรือสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่
 - 2.3 ให้ความเห็น -1 เมื่อท่านแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้น ไม่เป็นตัวแทนหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
3. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความคิดเห็นที่ท่านเห็นด้วย
4. หากท่านมีข้อเสนอแนะใดๆ โปรดขีดฆ่า หรือเขียนลงในข้อคำถาม ที่ท่านเห็นสมควรแก้ไข

วรรณศิริ นิลเนตร

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี โปรดระบุ วัน เดือน ปี เกิด.....				
2	เพศ <input type="checkbox"/> (1) ชาย <input type="checkbox"/> (2) หญิง				
3	ท่านมีภูมิลำเนาเดิม อยู่ที่จังหวัด.....				
4	ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน <input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> (2) ประถมศึกษา ชั้น..... <input type="checkbox"/> (3) มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. <input type="checkbox"/> (5) อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> (6) ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> (7) ปริญญาโท <input type="checkbox"/> (8) อื่นๆ ระบุ.....				
5	ความสามารถในการมองเห็น <input type="checkbox"/> (1) มองเห็นชัดเจน <input type="checkbox"/> (2) ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง <input type="checkbox"/> (3) ไม่ชัดเจนเลย				
6	ความสามารถในการได้ยิน <input type="checkbox"/> (1) ได้ยินชัดเจน <input type="checkbox"/> (2) ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง <input type="checkbox"/> (3) ไม่ชัดเจนเลย				
7	ความสามารถในการพูด <input type="checkbox"/> (1) พูดคล่อง <input type="checkbox"/> (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง <input type="checkbox"/> (3) ไม่คล่องเลย				
8	ความสามารถในการอ่าน <input type="checkbox"/> (1) อ่านคล่อง <input type="checkbox"/> (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (มีต่อ)				

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
8	<input type="checkbox"/> (3) ไม่คล่องเลย				
9	ความสามารถในการเขียน <input type="checkbox"/> (1) เขียนคล่อง <input type="checkbox"/> (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง <input type="checkbox"/> (3) ไม่คล่องเลย				
10	ท่านนับถือศาสนา <input type="checkbox"/> (1) พุทธ <input type="checkbox"/> (2) คริสต์ <input type="checkbox"/> (3) อิสลาม <input type="checkbox"/> (4) อื่นๆ ระบุ.....				
11	สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> (1) โสด <input type="checkbox"/> (2) คู่ <input type="checkbox"/> (3) แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> (4) หม้าย <input type="checkbox"/> (5) หย่า				
12	จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน				
13	จำนวนบุตรที่มีชีวิต.....คน				
14	จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน				
15	ระบุลักษณะครอบครัวของท่านในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> (1) ครอบครัวเดี่ยว <input type="checkbox"/> (2) ครอบครัวขยาย (มีปู่ ย่า ตา ยาย ลูก หลาน) <input type="checkbox"/> (3) อื่นๆ ระบุ.....				
16	ปัจจุบันท่านอยู่ในบ้านนี้กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> (1) อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> (2) คู่สมรส <input type="checkbox"/> (3) บุตร คนที่.....ชาย/หญิง <input type="checkbox"/> (4) หลาน <input type="checkbox"/> (5) ญาติ <input type="checkbox"/> (6) อื่นๆ ระบุ.....				

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
17	อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> (2) รับจ้าง <input type="checkbox"/> (3) เกษตรกร (ชาวไร่ ชาวนา ชาวสวน) <input type="checkbox"/> (4) พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> (5) พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> (6) ข้าราชการเกษียณ <input type="checkbox"/> (7) ค้าขาย <input type="checkbox"/> (8) อื่นๆ ระบุ.....				
18	อาชีพหลักในอดีตของท่าน (ก่อนท่านอายุ 60 ปี) <input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> (2) รับจ้าง <input type="checkbox"/> (3) เกษตรกร (ชาวไร่ ชาวนา ชาวสวน) <input type="checkbox"/> (4) พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> (5) พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> (6) ข้าราชการ <input type="checkbox"/> (7) ค้าขาย <input type="checkbox"/> (8) อื่นๆ ระบุ.....				
19	แหล่งที่มาของรายได้ของท่านในปัจจุบัน โปรดระบุจำนวนเงินต่อเดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> (1) บุตร จำนวน.....บาท <input type="checkbox"/> (2) หลาน จำนวน.....บาท <input type="checkbox"/> (3) คู่สมรส จำนวน.....บาท <input type="checkbox"/> (4) เบี้ยยังชีพ จำนวน.....บาท <input type="checkbox"/> (5) เงินออม จำนวน.....บาท <input type="checkbox"/> (6) อื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....บาท				
20	ความพอเพียงของรายได้ของท่าน ต่อเดือน <input type="checkbox"/> (1) เงินพอใช้ <input type="checkbox"/> (2) เงินเหลือเก็บ <input type="checkbox"/> (3) มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> (4) เตือดร้อนจากภาวะหนี้				

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
21	ท่านช่วยเหลือตนเองได้ระดับใด <input type="checkbox"/> (1) ช่วยเหลือตนเองได้ <input type="checkbox"/> (2) ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องเป็นผู้ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> (3) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อย่างสิ้นเชิง				
22	ส่วนใหญ่ ใครดูแลท่าน <input type="checkbox"/> (1) บุตรสาว <input type="checkbox"/> (2) บุตรชาย <input type="checkbox"/> (3) ลูกเขย <input type="checkbox"/> (4) ลูกสะใภ้ <input type="checkbox"/> (5) หลาน <input type="checkbox"/> (6) พี่ <input type="checkbox"/> (7) น้อง <input type="checkbox"/> (8) คู่สมรส <input type="checkbox"/> (9) อื่นๆ ระบุ.....				
23	ส่วนใหญ่ ใครเตรียมอาหารให้ท่าน <input type="checkbox"/> (1) ทำอาหารเอง <input type="checkbox"/> (2) ผู้ดูแลทำอาหารให้ <input type="checkbox"/> (3) ซื้ออาหารสำเร็จเอง <input type="checkbox"/> (4) ผู้ดูแลซื้ออาหารสำเร็จให้ <input type="checkbox"/> (5) อื่นๆ ระบุ.....				
24	ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> (1) ไม่มี <input type="checkbox"/> (2) ไม่ทราบ เพราะไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> (3) โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> (4) โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> (5) โรคไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> (6) โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> (7) โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> (8) โรคข้อเสื่อม <input type="checkbox"/> (9) โรคภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> (10) โรคกระเพาะอาหาร <input type="checkbox"/> (11) โรคถุงลมโป่งพอง <input type="checkbox"/> (12) โรคไตวาย (มีต่อ)				

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
24	<input type="checkbox"/> (13) โรคพาร์กินสัน <input type="checkbox"/> (14) โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> (15) โรคอัมพาต <input type="checkbox"/> (16) อื่นๆ ระบุ.....				
25	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ ดังต่อไปนี้ หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> (1) ไม่มี <input type="checkbox"/> (2) เดินไม่ได้ <input type="checkbox"/> (3) ตามองเห็นไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> (4) หูได้ยินไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> (5) กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> (6) อื่นๆ ระบุ.....				
26	จากข้อ 24 และ 25 ท่านได้รับการรักษาด้วย วิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> (1) แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> (2) แพทย์ทางเลือก <input type="checkbox"/> (3) แพทย์แผนไทย <input type="checkbox"/> (4) อื่นๆ ระบุ.....				
27	สิทธิในการรักษาพยาบาล <u>หลัก</u> ของท่าน <input type="checkbox"/> (1) ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> (2) สิทธิบัตรทอง ผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> (3) สิทธิข้าราชการบำนาญ <input type="checkbox"/> (4) สิทธิบุตรที่เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> (5) สิทธิประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> (6) ประกันชีวิต <input type="checkbox"/> (7) อื่นๆ ระบุ.....				
28	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สถานบริการที่ท่านไปใช้ บริการเมื่อเจ็บป่วย <u>บ่อยที่สุด</u> <input type="checkbox"/> (1) ร้านขายยา (มีต่อ)				

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
28	<input type="checkbox"/> (2) คลินิกเอกชน <input type="checkbox"/> (3) ศูนย์บริการสาธารณสุข ระบุชื่อ..... <input type="checkbox"/> (4) โรงพยาบาลรัฐ ระบุชื่อ..... <input type="checkbox"/> (5) โรงพยาบาลเอกชน ระบุชื่อ..... <input type="checkbox"/> (6) อื่นๆ ระบุ.....				
29	<p>ท่านได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลใดบ้าง (ให้เรียงลำดับจากมากที่สุด 3 ลำดับแรก โดยใส่ หมายเลข 1 2 และ 3 ลงในช่อง <input type="checkbox"/> โดยที่หมายเลข 1 = มากที่สุด)</p> <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) <input type="checkbox"/> สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร เป็นต้น) <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> วิทยู <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....				
30	<p>ในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านดูสื่อใดบ้าง (ให้เรียงลำดับจากมากที่สุด 3 ลำดับแรก โดยใส่ หมายเลข 1 2 และ 3 ลงในช่อง <input type="checkbox"/> โดยที่หมายเลข 1 = มากที่สุด)</p> <input type="checkbox"/> สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร) <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> วิทยู <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....				
31	ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ (ปีพ.ศ.)รวมเป็นเวลา.....ปี				
32	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ กี่ครั้งต่อเดือน (มีต่อ)				

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
32	<input type="checkbox"/> (1) 1 ครั้ง/เดือน <input type="checkbox"/> (2) 2 ครั้ง/เดือน <input type="checkbox"/> (3) 3 ครั้ง/เดือน <input type="checkbox"/> (4) 4 ครั้ง/เดือน <input type="checkbox"/> (5) อื่นๆ ระบุ.....				
33	กิจกรรม <u>หลัก</u> ของชมรมผู้สูงอายุ ที่ท่านเข้าร่วม คือ <input type="checkbox"/> (1) กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ (เช่น ออกกำลังกาย โภชนาการ ตรวจสอบสุขภาพ) <input type="checkbox"/> (2) กิจกรรมหารายได้ (เช่น งานฝีมือ งานอาชีพ) <input type="checkbox"/> (3) กิจกรรมตามความสนใจ (เช่น ปฏิบัติธรรมตามศาสนา ทัศนศึกษา สันทนาการ) <input type="checkbox"/> (4) อื่นๆ ระบุ.....				
34	ท่านเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุอย่างไร <input type="checkbox"/> (1) มาเอง <input type="checkbox"/> (2) มีคนมาส่ง				
35	<u>ส่วนใหญ่</u> ท่านเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุด้วย วิธีใด <input type="checkbox"/> (1) เดิน <input type="checkbox"/> (2) รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> (3) รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> (4) รถยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> (4) รถโดยสารประจำทาง <input type="checkbox"/> (5) อื่นๆ ระบุ.....				
36	ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึง ชมรมผู้สูงอายุนาที่				

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ

(1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง				
2	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 – 6 ชั่วโมง				
3	ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี				
4	ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นออกกำลังกายอย่างหนึ่ง				
5	ผู้สูงอายุควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได				
6	ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรระมัดระวังในขณะที่ลุกนั่งหรือเดิน เพื่อป้องกันการหกล้ม				
7	ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง				
8	ผู้สูงอายุที่เครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ				
9	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับ				
10	การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น				
11	การดื่มน้ำน้อยกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม				
12	ไม่ควรกินยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตอนท้องว่าง				

(2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที				
2	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง				
3	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ สอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง				
4	ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือตำราจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ				
5	ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน				

(3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น เอกสารของชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี				
2	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น ฟังจากชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี				
3	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น สื่อของชมรมผู้สูงอายุ)				
4	ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				
5	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง				
6	ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				

(4) ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	<p>ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> กิน เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่กิน เพราะ.....</p>				
2	<p>ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> กิน เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่กิน เพราะ.....</p>				
3	<p>ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> ซื้อ เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ซื้อ เพราะ.....</p>				
4	<p>ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไปนี และเพราะอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> เดินช้าๆ ในสวน เพราะ.....</p> <p><input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค เพราะ.....</p>				
5	<p>หากท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะพิจารณาจากข้อใดบ้าง</p> <p>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) ความรู้เรื่องการฝังเข็มของท่าน</p> <p><input type="checkbox"/> (2) เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการฝังเข็ม</p> <p><input type="checkbox"/> (3) เลือกวิธีฝังเข็มเพราะเกิดผลกระทบน้อยกว่าวิธีอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> (4) เกรงใจผู้แนะนำ</p>				

(5) ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)				
2	ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1 – 3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)				
3	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้				
4	ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้				
5	หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				

(6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม ที่สื่อนำเสนอ				
2	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา				
3	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆสื่อ				
4	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง				
5	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง				

ภาคผนวก ฅ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการด้านสุขภาพ นักวิชาการด้านการศึกษา และนักวิชาการด้านการวัดและประเมินผล เพื่อวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence : IOC) แยกตามรายข้อคำถาม ตามคุณลักษณะหรือองค์ประกอบที่กำหนด และภาพรวม โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ถือว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนของคุณลักษณะหรือองค์ประกอบที่ต้องการวัด จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า IOC แยกตามรายองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบมีค่าระหว่าง 0.67 – 1.00 ค่า IOC ของภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 และค่า IOC แยกตามรายข้อมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

ตาราง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุแยกตามรายองค์ประกอบและภาพรวมทั้งฉบับ

องค์ประกอบที่	ชื่อองค์ประกอบ	จำนวนข้อ	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)
1	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	12	0.95
2	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	5	0.67
3	การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	6	1.00
4	การตัดสินใจ	5	1.00
5	การจัดการตนเอง	5	1.00
6	การรู้เท่าทันสื่อ	5	0.93
ภาพรวมทั้งฉบับ		38	0.93

**ภาคผนวก ณ ผลการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อคำถาม
ของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพกับคุณลักษณะที่กำหนด**

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ 36 ข้อ code = f01-f36

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ 38 ข้อ

ความรู้ความเข้าใจ 12 ข้อ code = cog01-cog12 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 5 ข้อ code = acc1-acc5

การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 6 ข้อ code = com1-com6 การตัดสินใจ 5 ข้อ code = dec1-dec5

การจัดการตนเอง 5 ข้อ code = self1-self5 การรู้เท่าทันสื่อ 5 ข้อ code = med1 - med5

ตาราง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุแยกตาม
รายข้อคำถามกับคุณลักษณะที่กำหนด

Descriptive Statistics					
code	n	minimum	maximum	mean	SD
f01	3	1	1	1.00	.000
f02	3	1	1	1.00	.000
f03	3	0	1	.67	.577
f04	3	1	1	1.00	.000
f05	3	0	1	.67	.577
f06	3	0	1	.33	.577
f07	3	0	1	.33	.577
f08	3	0	1	.33	.577
f09	3	0	1	.33	.577
f10	3	1	1	1.00	.000
f11	3	1	1	1.00	.000
f12	3	0	1	.67	.577
f13	3	0	1	.67	.577
f14	3	0	1	.67	.577
f15	3	1	1	1.00	.000
f16	3	1	1	1.00	.000
f17	3	1	1	1.00	.000
f18	3	1	1	1.00	.000
f19	3	1	1	1.00	.000
f20	3	1	1	1.00	.000

Descriptive Statistics					
code	n	minimum	maximum	mean	SD
f21	3	-1	1	.00	1.000
f22	3	0	1	.67	.577
f23	3	1	1	1.00	.000
f24	3	1	1	1.00	.000
f25	3	-1	1	.00	1.000
f26	3	1	1	1.00	.000
f27	3	1	1	1.00	.000
f28	3	1	1	1.00	.000
f29	3	0	1	.67	.577
f30	3	0	1	.67	.577
f31	3	1	1	1.00	.000
f32	3	1	1	1.00	.000
f33	3	1	1	1.00	.000
f34	3	1	1	1.00	.000
f35	3	1	1	1.00	.000
f36	3	1	1	1.00	.000
cog01	3	0	1	.67	.577
cog02	3	1	1	1.00	.000
cog03	3	1	1	1.00	.000
cog04	3	1	1	1.00	.000
cog05	3	1	1	1.00	.000
cog06	3	1	1	1.00	.000
cog07	3	1	1	1.00	.000
cog08	3	1	1	1.00	.000
cog09	3	0	1	.67	.577
cog10	3	1	1	1.00	.000
cog11	3	1	1	1.00	.000
cog12	3	1	1	1.00	.000
acc1	3	0	1	.67	.577
acc2	3	0	1	.67	.577
acc3	3	0	1	.67	.577
acc4	3	0	1	.67	.577
acc5	3	0	1	.67	.577

Descriptive Statistics					
code	n	minimum	maximum	mean	SD
com1	3	1	1	1.00	.000
com2	3	1	1	1.00	.000
com3	3	1	1	1.00	.000
com4	3	1	1	1.00	.000
com5	3	1	1	1.00	.000
com6	3	1	1	1.00	.000
dec1	3	1	1	1.00	.000
dec2	3	1	1	1.00	.000
dec3	3	1	1	1.00	.000
dec4	3	1	1	1.00	.000
dec5	3	1	1	1.00	.000
self1	3	1	1	1.00	.000
self2	3	1	1	1.00	.000
self3	3	1	1	1.00	.000
self4	3	1	1	1.00	.000
self5	3	1	1	1.00	.000
med1	3	0	1	.67	.577
med2	3	1	1	1.00	.000
med3	3	1	1	1.00	.000
med4	3	1	1	1.00	.000
med5	3	1	1	1.00	.000

หมายเหตุ ค่า IOC = $\Sigma R \div N$ IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.00 = มีค่าความเที่ยงตรงสูง
 ถ้า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องปรับปรุง (ดูช่องค่า mean)

ภาคผนวก ด แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ID.....	ชื่อชมรม.....
เขต.....	แขวง.....
วันที่.....	ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

- แบบทดสอบมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ
ส่วนที่สอง ความฉลาดทางสุขภาพ รวมจำนวน 74 ข้อ
- โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ

- ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี โปรดระบุ วัน เดือน ปี เกิด.....
- เพศ (1) ชาย (2) หญิง
- ท่านมีภูมิลำเนาเดิม อยู่ที่จังหวัด.....
- ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

<input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> (2) ประถมศึกษา ระบุชั้น.....
<input type="checkbox"/> (3) มัธยมศึกษา ระบุชั้น.....	<input type="checkbox"/> (4) ปวช.
<input type="checkbox"/> (5) ปวส.	<input type="checkbox"/> (6) อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> (7)ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> (8)ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> (9) อื่นๆ ระบุ.....	
- ความสามารถในการมองเห็น

<input type="checkbox"/> (1) มองเห็นชัดเจน	<input type="checkbox"/> (2) ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	<input type="checkbox"/> (3) มองไม่เห็นเลย
--	---	--
- ความสามารถในการได้ยิน

<input type="checkbox"/> (1) ได้ยินชัดเจน	<input type="checkbox"/> (2) ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	<input type="checkbox"/> (3) ไม่ได้ยินเลย
---	---	---
- ความสามารถในการพูด

<input type="checkbox"/> (1) พูดคล่อง	<input type="checkbox"/> (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	<input type="checkbox"/> (3) พูดไม่คล่องเลย
---------------------------------------	---	---
- ความสามารถในการอ่าน

<input type="checkbox"/> (1) อ่านคล่อง	<input type="checkbox"/> (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	<input type="checkbox"/> (3) อ่านไม่คล่องเลย
--	---	--

9. ความสามารถในการเขียน

- (1) เขียนคล่อง (2) คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (3) เขียนไม่คล่องเลย

10. ท่านนับถือศาสนา

- (1) พุทธ (2) คริสต์
 (3) อิสลาม (4) อื่นๆ ระบุ.....

11. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

- (1) โสด (2) คู่ (3) แยกกันอยู่
 (4) หม้าย (5) หย่า

12. จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

13. จำนวนบุตรที่มีชีวิต.....คน

14. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

15. ระบุลักษณะครอบครัวของท่านในปัจจุบัน

- (1) ครอบครัวเดี่ยว
 (2) ครอบครัวขยาย (มีปู่ ย่า ตา ยาย ลูก หลาน)
 (3) อื่นๆ ระบุ.....

16. ปัจจุบันท่านอยู่ในบ้านนี้กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) อยู่คนเดียว (2) คู่สมรส
 (3) บุตร คนที่..... ชาย/หญิง (4) หลาน
 (5) ญาติ (6) อื่นๆ ระบุ.....

17. อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน

- (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (2) รับจ้าง
 (3) เกษตรกร (ชาวไร่ ชาวนา ชาวสวน) (4) พนักงานบริษัท
 (5) พนักงานรัฐวิสาหกิจ (6) ข้าราชการเกษียณ
 (7) ค้าขาย (8) อื่นๆระบุ.....

18. อาชีพหลักในอดีตของท่าน (ก่อนท่านอายุ 60 ปี)

- (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (2) รับจ้าง
 (3) เกษตรกร (ชาวไร่ ชาวนา ชาวสวน) (4) พนักงานบริษัท
 (5) พนักงานรัฐวิสาหกิจ (6) ข้าราชการ
 (7) ค้าขาย (8) อื่นๆระบุ.....

19. แหล่งที่มาของรายได้ของท่านในปัจจุบัน โปรดระบุจำนวนเงินต่อเดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) อาชีพปัจจุบัน จำนวน.....บาท
- (2) บุตร จำนวน.....บาท
- (3) หลาน จำนวน.....บาท
- (4) คู่สมรส จำนวน.....บาท
- (5) เบี้ยยังชีพ (เบี้ยผู้สูงอายุ) จำนวน.....บาท
- (6) อื่นๆ ระบุ..... จำนวน.....บาท

20. ความพอเพียงของรายได้ของท่าน ต่อเดือน

- (1) เงินพอใช้ (2) เงินเหลือเก็บ
- (3) มีหนี้สิน (4) เต็ดร้อนจากภาวะหนี้

21. ท่านช่วยเหลือตนเองได้ระดับใด

- (1) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้
- (2) ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

22. ส่วนใหญ่ ใครดูแลท่าน

- (1) ดูแลตนเอง
- (2) บุตรสาว (3) บุตรชาย
- (4) ลูกเขย (5) ลูกสะใภ้
- (6) หลาน (7) พี่
- (8) น้อง (9) คู่สมรส
- (10) อื่นๆ ระบุ.....

23. ส่วนใหญ่ ใครเตรียมอาหารให้ท่าน

- (1) ทำอาหารเอง (2) ผู้ดูแลทำอาหารให้
- (3) ซื้ออาหารสำเร็จเอง (4) ผู้ดูแลซื้ออาหารสำเร็จให้
- (5) อื่นๆ ระบุ.....

24. ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) ไม่มี (2) ไม่ทราบ เพราะไม่ได้ตรวจ
- (3) โรคเบาหวาน (4) โรคความดันโลหิตสูง
- (5) โรคไขมันในเลือดสูง (6) โรคหัวใจ
- (7) โรคหลอดเลือดสมอง (8) โรคข้อเสื่อม
- (9) โรคภูมิแพ้ (10) โรคกระเพาะอาหาร

(มีต่อ)

- (11) โรคถุงลมโป่งพอง
 (12) โรคไตวาย
 (13) โรคพาร์กินสัน
 (14) โรคมะเร็ง
 (15) โรคอัมพาต
 (16) อื่นๆ ระบุ.....
25. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1) ไม่มี
 (2) เดินไม่ได้
 (3) ตามองเห็นไม่ชัดเจน
 (4) หูได้ยินไม่ชัดเจน
 (5) กล้ามเนื้ออ่อนแรง
 (6) อื่นๆ ระบุ.....
26. จากข้อ 24 และ 25 ท่านได้รับการรักษาด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1) แพทย์แผนปัจจุบัน
 (2) แพทย์ทางเลือก
 (3) แพทย์แผนไทย
 (4) อื่นๆ ระบุ.....
27. สิทธิในการรักษาพยาบาล หลัก ของท่าน
- (1) ชำระเงินเอง
 (2) สิทธิบัตรทอง ผู้สูงอายุ
 (3) สิทธิข้าราชการบำนาญ
 (4) สิทธิบุตรที่เป็นข้าราชการ
 (5) ประกันชีวิต
 (6) อื่นๆ ระบุ.....
28. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สถานบริการที่ท่านไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย บ่อยที่สุด
- (1) ร้านขายยา
 (2) คลินิกเอกชน
 (3) ศูนย์บริการสาธารณสุข ระบุชื่อ.....
 (4) โรงพยาบาลรัฐ ระบุชื่อ.....
 (5) โรงพยาบาลเอกชน ระบุชื่อ.....
 (6) อื่นๆ ระบุ.....
29. ท่านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลใดบ้าง (ให้เรียงลำดับจากมากที่สุด 3 ลำดับแรก โดยใส่ หมายเลข 1 2 และ 3 ลงในช่อง โดยที่หมายเลข 1 = มากที่สุด)
- บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)
 สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร เป็นต้น)
 อินเทอร์เน็ต สังคมออนไลน์
 โทรทัศน์
 วิทยุ
 อื่นๆ ระบุ.....

30. ในช่วง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านดูสื่อใดบ้าง (ให้เรียงลำดับจากมากที่สุด 3 ลำดับแรก โดยใส่หมายเลข 1 2 และ 3 ลงในช่อง โดยที่หมายเลข 1 = มากที่สุด)
- สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร)
- อินเทอร์เน็ต สังคมออนไลน์
- โทรทัศน์
- วิทยุ
- อื่นๆ ระบุ.....
31. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ (ปีพ.ศ.)รวมเป็นเวลา.....ปี
32. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ กี่ครั้งต่อเดือน
- (1) 1 ครั้ง/เดือน (2) 2 ครั้ง/เดือน
- (3) 3 ครั้ง/เดือน (4) 4 ครั้ง/เดือน
- (5) อื่นๆ ระบุ.....
33. กิจกรรม หลัก ของชมรมผู้สูงอายุ ที่ท่านเข้าร่วม คือ
- (1) กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ (เช่น ออกกำลังกาย โภชนาการ ตรวจสอบสุขภาพ)
- (2) กิจกรรมหารายได้ (เช่น งานฝีมือ งานอาชีพ)
- (3) กิจกรรมตามความสนใจ (เช่น ปฏิบัติธรรมตามศาสนา ทักษะศึกษา สันทนาการ)
- (4) อื่นๆ ระบุ.....
34. ท่านเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุอย่างไร
- (1) มาเอง (2) มีคนมาส่ง
35. ท่านเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ ด้วยวิธีใด เป็นหลัก
- (1) เดิน (2) รถจักรยาน
- (3) รถจักรยานยนต์ (4) รถยนต์ส่วนตัว
- (5) รถโดยสารประจำทาง (6) อื่นๆ ระบุ.....
36. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงชมรมผู้สูงอายุนาที

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ

(1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ

คำชี้แจง ชัดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ข้อที่	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ
1.	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง			
2.	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง			
3.	ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี			
4.	ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงาน บ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง			
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.	การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม			
12.	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง			

(2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ชิดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทุก ครั้ง (2)	บาง ครั้ง (1)	ไม่ได้ ทำเลย (0)
1.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือ เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที			
2.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง			
3.	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือ สอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง			
4.	ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือตำรา จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ			
5.	ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน			

หมายเหตุ แหล่งข้อมูลในคำถามข้อ 1-5 นี้หมายถึงแหล่งข้อมูลที่คุณตอบระบุไว้ในข้อ 29 ของส่วนที่ 1

(3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง ชิดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทุก ครั้ง (2)	บาง ครั้ง (1)	ไม่ได้ ทำเลย (0)
1.	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น เอกสารของชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี			
2.	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น ฟังจากชมรมผู้สูงอายุ) แล้วเข้าใจดี			
3.	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น สื่อของชมรมผู้สูงอายุ)			
4.	ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			
5.	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง			
6.	ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น			

(4) ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ชัดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่าน และให้เหตุผล

1. ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร

กิน เพราะ.....

.....

ไม่กิน เพราะ.....

.....

2. ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร

กิน เพราะ.....

.....

ไม่กิน เพราะ.....

.....

3. ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร

ซื้อ เพราะ.....

.....

ไม่ซื้อ เพราะ.....

.....

4. ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไปนี และเพราะอะไร

เดินช้าๆ ในสวน เพราะ.....

.....

เต้นแอโรบิค เพราะ.....

.....

5. หากท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะตัดสินใจ

โดยพิจารณาจากข้อใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) ความรู้เรื่องการฝังเข็มของท่าน

(2) เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการฝังเข็ม

(3) เลือกวิธีฝังเข็มเพราะเกิดผลกระทบน้อยกว่าวิธีอื่น

(4) เกรงใจผู้แนะนำ

(5) ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ชิดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทุกครั้ง (2)	บางครั้ง (1)	ไม่ได้ ทำเลย (0)
1.	ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)			
2.	ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายในระยะเวลา 1 – 3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (หรือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....)			
3.	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้			
4.	ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้			
5.	หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น			

(6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ชิดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	การรู้เท่าทันสื่อ	ทุกครั้ง (2)	บางครั้ง (1)	ไม่ได้ ทำเลย (0)
1.	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ			
2.	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา			
3.	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ			
4.	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง			
5.	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง			

Version 2.7 Dated 15 March 2014

หมายเหตุ สื่อในคำถามข้อ 1 – 5 นี้ หมายถึงสื่อที่ผู้ตอบระบุไว้ในข้อ 30 ของส่วนที่ 1

ภาคผนวก ต ผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบ ในระยะการทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ไม่ใช่ชมรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ชมรมผู้สูงอายุจันทร์เกษม แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยการวิเคราะห์ค่าความยาก ความสามารถในการจำแนก และวิเคราะห์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในด้วยวิธี Kuder Richardson (KR 20) และวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) รายละเอียดประกอบ โดยผลการวิเคราะห์ สรุปได้ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

(1) ตาราง ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) รายละเอียดขององค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

ข้อ	คำถามด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	ดัชนีความยาก (p)	ดัชนีอำนาจจำแนก (D)
1	เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง	0.83	0.27
2	ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง	0.47	0.35
3	ผู้สูงอายุทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	0.87	0.33
4	ผู้สูงอายุที่ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	0.73	0.28
5	ผู้สูงอายุควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	0.90	0.10
6	ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้มีอาการทุเลา	0.70	0.37
7	ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	0.80	0.20
8	ผู้สูงอายุที่เครียด วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย	0.90	0.25
9	ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	0.47	0.42

(1) ตาราง (ต่อ)

ข้อ	คำถามด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรค	ดัชนีความยาก (p)	ดัชนีอำนาจ จำแนก (D)
10	การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น	0.87	0.18
11	การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	0.70	0.52
12	ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง	0.73	0.27
mean		0.75	0.29

KR20 = 0.53 SEM = 1.36

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่า แบบวัดในส่วนนี้มีค่าความยากเฉลี่ยในระดับค่อนข้างง่าย ($p = 0.75$) มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับพอใช้ ($D = 0.29$) และมีค่าความเที่ยงในระดับพอใช้ ($KR\ 20 = 0.53$)

2. องค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

(2) ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

ข้อ	คำถามด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ค่าอำนาจจำแนก (D) (Corrected Item-Total Correlation)
1	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที	0.54
2	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง	0.92
3	เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหา หรือ สอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	0.82
4	ท่านนำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบ กับผู้รู้ หรือตำรา จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	0.81
5	ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน	0.81
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.89		mean = 0.78

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก (D=0.78) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.89)

3. องค์ประกอบด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

(3) ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

ข้อ	คำถามด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ค่าอำนาจจำแนก (D) (Corrected Item-Total Correlation)
1	ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี	0.04
2	ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี	0.25
3	ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ	0.43
4	ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	0.73
5	ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	0.83
6	ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	0.87
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.77		mean = 0.53

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์ทัศนภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก (D=0.53) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.77)

4. องค์ประกอบด้านการตัดสินใจ

(4) ตาราง ค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (D) รายชื่อขององค์ประกอบด้านการตัดสินใจ

ข้อ	คำถามด้านการตัดสินใจ	ค่าความยาก (p)	ค่าอำนาจจำแนก (D)
1	ถ้าท่านเป็นเบาหวาน มีคนซื้อน้ำอัดลมมาฝาก ท่านจะกินหรือไม่ เพราะอะไร	0.06	-0.13
2	ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารรสเค็มหรือไม่ เพราะอะไร	0.56	0.63
3	ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะซื้อยากินเองหรือไม่ เพราะอะไร	0.28	0.19
4	ถ้าท่านมีอาการเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายวิธีใดต่อไปนี้ และเพราะอะไร	0.31	0.50
5	หากท่านจะตัดสินใจรับการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อ ท่านจะตัดสินใจโดยพิจารณาจากข้อใดต่อไปนี้	0.16	0.31
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = -0.02		mean = 0.27	mean = 0.30

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการตัดสินใจ พบว่า มีค่าความยากเฉลี่ยในระดับค่อนข้างยาก ($p=0.27$) ส่วนค่าอำนาจจำแนกในข้อที่ 1 ที่มีค่าติดลบแสดงถึงไม่มีความสามารถในการจำแนก แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ($D=0.30$) และมีค่าความเที่ยงในระดับต่ำมาก (Cronbach's alpha coefficient=-0.02)

5. องค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง

(5) ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง

ข้อ	คำถามด้านการจัดการตนเอง	ค่าอำนาจจำแนก (D) (Corrected Item-Total Correlation)
1	ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง	0.47
2	ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายใน ระยะเวลา 1 – 3 เดือน	0.62
3	ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	0.60
4	ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่ วางไว้	0.78
5	หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	0.68
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.82		mean = 0.63

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการตนเอง พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก (D=0.63) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.82)

6. องค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ

(6) ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (D) รายข้อขององค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ข้อ	คำถามด้านการรู้เท่าทันสื่อ	ค่าอำนาจจำแนก (D) (Corrected Item-Total Correlation)
1	ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ	0.17
2	ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมา ตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำรา	0.52
3	ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพ ในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	0.68
4	หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	0.53
5	หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง	0.61
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.74		mean = 0.50

ภาพรวมของผลการวิเคราะห์คุณภาพแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกเฉลี่ยในระดับดีมาก (D=0.50) และมีค่าความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient=0.74)

ภาคผนวก ก ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ ในระยะการทดสอบเครื่องมือ

การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือโดยใช้เทคนิคการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test ของกลุ่มต่ำ (กลุ่มที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกว่าตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา) และกลุ่มสูง (กลุ่มที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพที่สูงกว่าตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป) พบว่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มต่ำ (n=7) มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่เท่ากับ 41.01 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.53 คะแนน ในขณะที่คะแนนความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มสูง (n=7) มีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานที่เท่ากับ 58.14 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.02 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐานที่ระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) โดยมีค่าสถิติทดสอบที่เท่ากับ 11.139 แสดงให้เห็นว่าแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีอำนาจจำแนกดีมากและสามารถใช้จำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ตาราง ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ

	mean	SD	t	p-value
1. กลุ่มต่ำ (n=7)	41.01	3.53	11.139*	.000
2. กลุ่มสูง (n=7)	58.14	2.02		

สถิติที่ใช้ Independent t-test

หมายเหตุ *p < .001

**ภาคผนวก ท ผลการจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ
ในระหว่างการทดสอบเครื่องมือ**

จากการนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจันทร์เกษม แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ จำนวน 30 คน นำคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของแต่ละองค์ประกอบมาแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานที่ (T-score) จากนั้นนำคะแนนมาตรฐานที่ของทุกองค์ประกอบบวกรวมกันได้เป็นคะแนนมาตรฐานที่รวม และจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนมาตรฐานที่รวมโดยวิธีอิงกลุ่ม ได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มระดับพื้นฐาน กลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์ และกลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับ ดังนี้

คะแนนมาตรฐานที่ ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ระหว่าง 0 – 25 เป็นกลุ่มระดับพื้นฐาน

คะแนนมาตรฐานที่ ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ระหว่าง 26 – 74 เป็นกลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์

คะแนนมาตรฐานที่ ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ระหว่าง 75 – 100 เป็นกลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ

ผลการจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพจากคะแนนมาตรฐานที่รวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีคะแนนมาตรฐานที่ระหว่าง 43.88 – 54.98 คะแนน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) รองลงมามีจำนวนเท่ากันได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน มีคะแนนมาตรฐานที่ที่ต่ำกว่า 43.88 คะแนน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ มีคะแนนมาตรฐานที่สูงกว่า 54.98 คะแนน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3)

ตาราง ระดับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการทดสอบเครื่องมือ

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ	เกณฑ์เปอร์เซ็นต์ไทล์	คะแนนมาตรฐานที่ (T-score)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	0 – 25	ต่ำกว่า 43.88	7	23.3
ระดับปฏิสัมพันธ์	26 – 74	43.88 – 54.98	16	53.3
ระดับวิจารณ์ญาณ	75 – 100	สูงกว่า 54.98	7	23.3
รวม			30	100

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางวรรณศิริ นิลเนตร เกิดวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ.2514 ที่จังหวัดนครสวรรค์ ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อปี พ.ศ.2535 และหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สรีรวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2540 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตร ดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2554

