

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

The relationship between Health Literacy of local wisdom and quality of life of
the elderly in Meuang District, Phetchaburi Province

สนธิตาพร กลิ่นทอง* วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กิตติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์, เบญจวรรณ ดุนขุนทด, ณัฐกร นิลเนตร,
รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวสิน และประเสริฐ ศรีนวล

Santhitaporn Klinthong,* Vanida Durongrittichai, Kitisak Rujiganjanarat,
Benjawan Dunkhantod Nathakon Nilnate, Ratchadawan Jitpornkulwasin, and Praseart Srenual

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี¹

Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

(Received: September 28, 2022; Revised: August 28, 2023; Accepted: August 31, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณได้จำนวน 322 คน และใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และ 1 ตามลำดับ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตและความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=72.34$, $SD=12.32$ และ $M=64.62$, $SD=12.84$ ตามลำดับ)

2. ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านในระดับต่ำ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

ดังนั้นควรหาแนวทางพัฒนาความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรไม่ถูกวิธี โดยจัดทำโครงการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุในบริบทของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, ภูมิปัญญา สมุนไพร ความรอบรู้ทางสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: santhitaporn.kli@mail.pbru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 0983049542)

Abstract

A cross-sectional study aimed to study the relationship between health literacy of local wisdom and the quality of life of the elderly. The sampling group consisted of 322 older adults aged 60 years and over. The sample size was set by a formula sampling calculation and selected by a simple random sampling method. The content validity index (CVI) values of the questionnaires in Sections 2 and 3 were 0.93 and 1, respectively. The Cronbach's alpha reliability coefficients were 0.92 and 0.90. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the correlation between health literacy of local wisdom and quality of life was analyzed by Pearson's correlation. The study found that

1. The overall quality of life and the knowledge of local wisdom on the health of the elderly were medium-level ($M=72.34$, $SD=12.32$ and $M=64.62$, $SD=12.84$, respectively).
2. The health local wisdom knowledge was positively associated with the quality of life of the elderly in all aspects at a low level, with statistical significance at $p < 0.01$.

Therefore, it is important to establish guidelines for the development of health-related local wisdom knowledge, especially among the elderly, who are at risk of using herbs improperly. An effective program should be established to address the causal or contextual factors in the community. To ensure that the local elderly may apply the health literacy of local wisdom to improve their quality of life.

Keywords: Elderly, Quality of life, Wisdom, Herbs, Health Literacy

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) อายุที่เพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวนอกจากกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมในภาพรวมด้วย การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านพบว่าเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ชีวิตที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว บุคคลแวดล้อมหรือการมีกิจกรรมทางสังคมในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ โดยมีผลต่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและรับรู้ถึงสถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของตนในการดำรงชีวิตว่ามากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับความคาดหวัง มาตรฐานหรือความตระหนักที่มีในช่วงบั้นปลายของชีวิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรสหรือรายได้แตกต่างกันมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสภาพความเป็นอยู่ สภาพร่างกาย การตัดสินใจด้วยตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (อรนิษฐ์ แสงทองสุข, 2562) ขณะที่อีกหลายการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา การออกกำลังกายมีผลต่อคุณภาพชีวิต ขณะที่ลักษณะการครองครองที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การประกอบกิจกรรมทางศาสนาก็พบว่าสามารถอธิบายหรือทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (ปิยภรณ์ เลหาบุตร 2557; มั่นโชค ดอเลาะ 2559; เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ 2560; Seangpraw, Ratanasiripong, & Ratanasiripong, 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าอายุ เพศ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ระดับการศึกษา การทำกรงานอาชีพ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อม การใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสาร (Devraj & D'mello, 2019) ระดับรายได้ (Oo, Punpuing, & Chamchan, 2015) มีการเจ็บป่วยที่เป็นภาระทางสุขภาพ ความสามารถทางกายอยู่ในระดับต่ำ (Klompstra Leonie, Ekdahl Anne W, Krevers Barbro, Milberg Anne, & Eckerblad, Jeanette., 2019) การมีโรคร่วม ความสามารถในการรับรู้ ภาวะ

ซึมเศร้าและความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับ (Bornet, Truchard, Rochat, Pasquier, & Monod, 2017) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์หรืออธิบายหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิต คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และส่งต่อข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม (อังคินันท์ อินทรกำแหง, พิชชาดา สุทธิแป้น, วิริณธ์ กิตติพิชัย และ Ann Macaskill 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่ยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ที่ชัดเจนเรื่องการดูแลสุขภาพ โดยพบว่า การที่บุคคลมีความรู้ไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป (ปาจรา โพธิ์หัง, 2564) ปัจจุบันวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าอัตราการตายของคนไทยมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง (กฤษกร สมานทรัพย์, 2562). ทำให้ประชาชนบางกลุ่มโดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นในการใช้สมุนไพรเริ่มหันกลับมาดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือก และการแพทย์พื้นบ้าน เช่น การพอก ทา ประคบ หรืออบด้วยสมุนไพรซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมา (สุวิมล มณีโชติ, 2559; สิริญา ธารสถาน, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน, 2558) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพ (สุธิดา สุทธิรักษ์, 2558)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการส่งเสริมความรู้รอบรู้ทางสุขภาพในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรจึงมีความสำคัญในการช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรงจะทำให้การใช้จ่ายสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรถูกต้องตามแผนการรักษา ความสม่ำเสมอของการกินยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมเกิดจากเมื่อมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ก็จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการเลือกใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและปรับวิถีการดำรงชีวิต (ปณดา รามไพบูลย์, ระวีวรรณ เจริญทรัพย์, รัชนิ สรรเสริญ และพิษณุรักษ์ กันทวิ, 2562) ดังนั้น การส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้ยาและแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นการช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนและช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม (นิตยา แสงประจักษ์ และคณะ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2563 ยุทธศาสตร์ที่ 22 ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ที่กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบที่หลากหลาย (Ministry of Social Development and Human Security, 2020) จากการวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 – 2563 พบว่ารัฐบาลมีเป้าหมายหลักในการลดการเกิดโรค ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน เน้นส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ชุตินาถ มาลัย, นิตติยา น้อยสีภูมิ และมนัสวี จำปาเทศ, 2562)

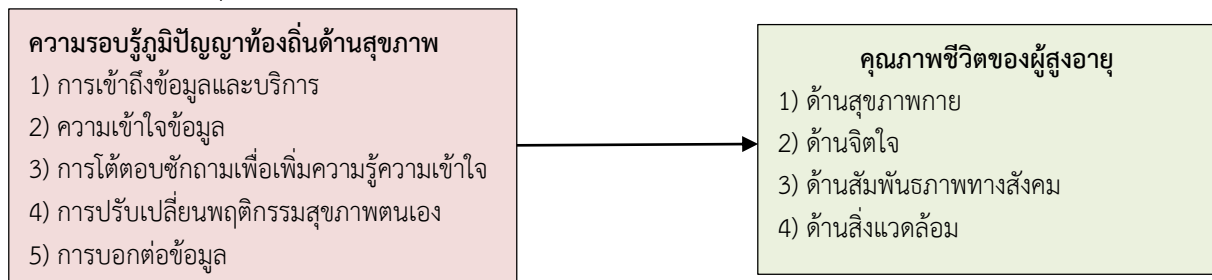
จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี (สันธิตาพร กลิ่นทอง, 2560) พบว่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนอยู่ในระดับปานกลางและประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคไม่แตกต่างกันแม้จะมีความรู้แตกต่างกันก็ตาม และในจังหวัดเพชรบุรีมีการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ยังมีการศึกษาในประเด็นเฉพาะความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยเฉพาะการใช้สมุนไพรในการดูแลและรักษาอาการเจ็บป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดของ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำธนะ และ นางนภัทร รุ่งเนย (2562) โดยกล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Ishikawa (2008) เป็นการที่ผู้สูงอายุมีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อการมีสุขภาพดี โดยผู้สูงอายุมีบทบาท 3 ระดับ ได้แก่ 1. ระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2. ระดับการสื่อสาร เป็นทักษะขั้นสูงที่ทำให้บุคคลแยกแยะข้อมูลได้ และ 3. ระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นทักษะขั้นสูงที่สุดที่บุคคลวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณและใช้ข้อมูลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22,955 คน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 322 คน ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1995) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้อย่างเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ย้ายออกหรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน และระดับการช่วยเหลือตนเอง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ประยุกต์จากการเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) ความเข้าใจข้อมูล 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ

4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 5) การบอกต่อข้อมูล ลักษณะคำตอบจะเป็นคำตอบแบบถูก ผิด โดยตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน และรวมคะแนนแปลผลตาม เกณฑ์ดังนี้ (Bloom et al., 1971) คือ

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79.99 หมายถึง มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับสูง

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ให้คะแนนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย = 1 เล็กน้อย=2 ปานกลาง=3 มาก=4 มากที่สุด=5 เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-30 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-91 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) (แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาความแม่นยำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านผู้สูงอายุ ด้านการแพทย์แผนไทย และการวัดและประเมินผล ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เท่ากับ .93 และค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 1.00 หาค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ประชากรในชุมชนที่ศึกษา ตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงส่งหนังสือขอความร่วมมือไปยังกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 322 ชุด ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยตนเอง และนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ตามค่าสถิติที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระดับความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือเมื่อทดสอบด้วย Kolmogorov Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) และทดสอบด้วย Scatterplot พบว่าความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การแปลความหมายของความสัมพันธ์ดังนี้

ค่า r 0.01 - 0.20 มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

ค่า r 0.21 - 0.40 มีความสัมพันธ์ต่ำ

ค่า r 0.41 - 0.60 มีความสัมพันธ์ปานกลาง

ค่า r 0.61 - 0.80 มีความสัมพันธ์สูง

ค่า r 0.81 - 1.00 มีความสัมพันธ์สูงมาก

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ NPBRU01-2564 (30 พฤศจิกายน 2564)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 322)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	31.67
หญิง	220	68.33
อายุ (ปี)		
60-70	168	52.17
71-80	98	30.43
มากกว่า 80	56	17.40
ค่าเฉลี่ย 71.34 (SD = 8.36)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	24	7.46
ประถมศึกษา	254	78.88
มัธยมศึกษา	22	6.83
สูงกว่ามัธยมศึกษา	22	6.83
สถานภาพสมรส		
โสด	59	18.32
สมรส	167	51.86
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	96	29.82
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	160	49.68
ประกอบอาชีพ	162	50.31
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 3,000	234	72.67
3,001-6,000	50	15.54
6,001-9,000	15	4.65
≥ 9,000	23	7.14
ระดับการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ร่วมกิจกรรมสังคมได้	282	87.58
ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้บ้าง ร่วมกิจกรรมสังคมไม่ได้	36	11.18
ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้	4	1.24

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.33 ช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 52.17 ($M = 71.34$, $SD = 8.36$) จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 78.88 สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.86 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.68 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 72.67 และมีระดับการช่วยเหลือตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้/ร่วมกิจกรรมสังคมได้ ร้อยละ 87.58

2. ระดับความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 3 ระดับความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 322)

ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแยกรายด้าน	M	SD	แปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	62.13	12.34	ปานกลาง
2. ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ	66.13	13.45	ปานกลาง
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	48.53	11.87	ต่ำ
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	41.91	13.04	ต่ำ
5. การบอกต่อข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	44.47	11.65	ต่ำ
ภาพรวม	64.62	12.84	ปานกลาง

จากตาราง 2 ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 64.62$, $SD = 12.84$) โดยที่ระดับมิติความเข้าใจข้อมูลสูงที่สุด ($M = 66.13$, $SD = 13.45$) รองลงมาคือ มิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($M = 62.13$, $SD = 12.34$)

3. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 322)

คุณภาพชีวิตแยกรายด้าน	จำนวน (ร้อยละ)			M (SD)	แปลผล
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี		
1. ด้านสุขภาพกาย	16 (4.96)	215 (66.77)	91 (28.26)	23.89 (4.21)	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	13 (4.04)	172 (53.42)	137 (42.54)	21.58 (4.06)	ปานกลาง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	32 (9.94)	157 (48.75)	133 (41.31)	10.83 (2.43)	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	13 (4.04)	145 (45.03)	164 (50.93)	29.29 (5.83)	ปานกลาง
ภาพรวม	14 (4.35)	182 (56.52)	126 (39.13)	72.34 (12.32)	ปานกลาง

จากตาราง 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=72.34$; $SD = 12.32$) เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M=23.89$; $SD=4.21$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M=21.58$; $SD=4.06$) ด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=10.83$; $SD = 2.43$) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=29.29$; $SD=5.83$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 4 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	0.137*	.014	สัมพันธ์ต่ำมาก
ด้านความเข้าใจข้อมูล	0.070	.212	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	0.176**	.001	สัมพันธ์ต่ำมาก
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0.296**	<.001	สัมพันธ์ต่ำ
ด้านการบอกต่อข้อมูล	0.181**	.001	สัมพันธ์ต่ำมาก
ภาพรวม	0.244**	<.001	สัมพันธ์ต่ำ

*p-value<.05 ** p-value<.01

จากตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ได้แก่ มิติด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.296$) และด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.181, 0.176$ และ 0.137 ตามลำดับ) ในขณะที่มิติด้านความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

ในพื้นที่ศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับความรู้และถ่ายทอดความรู้เรื่องภูมิปัญญาสมุนไพรจากประชาชนด้วยกันเองโดยวิธีถ่ายทอดสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น และได้รับการแนะนำเรื่องการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น ยังไม่มีหน่วยงานอื่น ๆ มาให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรมและขาดการจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เชื่อมโยงกับความรู้ด้านวิชาการจากพื้นที่สู่สาธารณะ จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยมิติความเข้าใจข้อมูลสูงสุด รองลงมา คือ มิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการ โดยการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลอยู่ในระดับต่ำซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สามารถ ใจเตี้ย, ศศิภิญญา ผ่องชมพู, วิทญา ตันอารีย์ และเอกลักษณ์ ชุมพูศรี. (2563) และ วิริยญา เมืองช้าง (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน รวมถึงมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพระดับปานกลางจนถึงระดับต่ำ เนื่องจากเมื่ออายุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจะเกิดปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่อง จึงแสวงหาแนวทางรักษาจากสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบันมากกว่าและเกรงว่าการใช้สมุนไพรจะขัดแย้งกับแผนการรักษาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและขาดความรู้ที่ถูกต้องในการที่จะเลือกใช้สมุนไพรในการรักษา เนื่องจากการใช้สมุนไพรเป็นการปฏิบัติตามประสบการณ์ที่สืบทอดกันมา บางคนอาจรู้จักแต่ยังไม่เคยใช้ ประกอบกับลักษณะทางกายภาพ กลิ่น สี รสชาติไม่น่ารับประทาน ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในยาสมุนไพรหรือยังคงมีทัศนคติที่คิดว่าการรักษาโรคด้วยสมุนไพรทำให้หายช้าจึงไม่มั่นใจในสรรพคุณได้ (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ตัม บัญรอด และวิชชาดา สิมลา, 2555) เมื่อนำแนวคิดความรู้สุขภาพมาพิจารณาพบความสอดคล้องกันกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพียงผิวเผิน และมีความรู้ความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลด้านนี้ไม่เพียงพอที่จะเกิดการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับของการปฏิบัติงานเป็นวิถีปกติหรือบอกต่อการใช้เหล่านี้ไปยังบุคคลอื่นได้ ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดความรู้ได้นั้นจะต้องพัฒนาอย่างเป็นระดับจนเกิดคุณลักษณะของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการสื่อสาร มีทักษะการตัดสินใจ มีการรู้เท่าทันสื่อและเกิดการจัดการตนเอง (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านไปในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่มิติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับที่สูงกว่ามิติการบอกต่อข้อมูล มิติการโต้ตอบซักถาม และมิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการ อาจเป็นเพราะการดำรงอยู่ของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพต่าง ๆ นั้นมีการถ่ายทอดโดยการบอกเล่าสืบทอดกันมา (มุขปาฐะ) มักขาดการอธิบายในเชิงเหตุผล ขาดการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้การบอกต่อข้อมูลทำได้ยากหรือขาดช่วงไป สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ สุขศรี และดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม (2560) ที่พบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ มิติที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ มิติความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 43.68) ส่วนปัจจัยด้านการดูแลตนเอง มิติที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ มิติการใส่ใจ (ร้อยละ 61.32) มิติการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 55.79) และมิติการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 26.58) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน

สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพบุคคล โดยพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ มักขาดโอกาสหรือไม่สนใจในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม หรือปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องจนเกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอจะสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูล ประเมินค่าข้อมูลที่ได้รับ และตัดสินใจนำข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมทำให้มีสุขภาพที่ดีได้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

การนำผลวิจัยไปใช้

ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในแง่มุมต่าง ๆ หรือความรู้สุขภาพเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงให้เกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะในด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและด้านการบอกต่อข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ อีกทั้งหาแนวทางพัฒนาความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จัดทำโครงการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุในบริบทของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิงปริมาณ จึงควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ข้อมูลในการกำหนดกลยุทธ์และออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุ สัญชาติไทย และ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ธันวาคม 2565. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2566 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2566 จาก <https://www.ryt9.com/s/cabt/3196538> (in Thai)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <https://pubhtml5.com/nqgq/fvde/basic>.
- กฤษกร สมานทรัพย์. (2562). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศึกษากรณี ชุมชมผู้สูงอายุบ้านหนองตาพุด ตำบลธรรมเสน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. หลักสูตรปริญญาตรีวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินของประชาชน ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเรศวร.
- เจษฎา นกน้อย และ วรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 9(3), 94-105.

- นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 64-70.
- นิตยา แสงประจักษ์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2565 จาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/journalup/article/view/42604>
- ปณดา รามไพบุลย์, ระวีวรรณ เจริญทรัพย์, รัชนิ สรรเสริญ และพิษณุรักษ์ กันทวิ. (2562). การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*. 10(1), 81-92.
- ปาจรา โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 29(3), 115-130.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี*. (งานนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา). สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <https://webopac.lib.buu.ac.th/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00226361>
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ต้ม บุญรอด และ วิชชาดา สิมลา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 7(2), 25 – 37.
- พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ชุตินา มาลัย, นิตติยา น้อยสีภูมิ และมนัสวี จำปาเทศ. (2562). การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 20(3), 44 – 53.
- มันโสร ดอเลาะ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบะละ อำเภอตากใบ จังหวัดยะลา*. (งานนิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา).
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญมาศ คำชนะ และ นงนภัทร รุ่งเนย. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 6(พิเศษ), 129 – 141.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*. 44(3), 183-197.
- วิริญญา เมืองช้าง. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอมะนัง จังหวัดยะลา*. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิรินันท์ สุขศรี และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัย มข*. 17(4), 73-84.
- สมัชชาสุขภาพ. (2561). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2565 จาก <https://main.samatcha.org/node/72>.
- สันธิตาพร กลิ่นทอง. (2560). *พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี*. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเพชรบุรีวิจัยเพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืนครั้งที่ 7 “สหวิทยาการสู่ไทยแลนด์ 4.0” มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สามารถ ใจเตี้ย, ศศิภิญญา ผ่องชมพู, วิทญา ตันอารีย์ และเอกลักษณ์ ชมพูศรี. (2563). ปัจจัยพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุ ชุมชนสะลง – ขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. 13(2), 43–54.

- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดเพชรบุรี ปี 2563. สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2565 จาก <https://phetchaburi.m-society.go.th>.
- สิริญา ธารสถาน, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 10(1), 117-128.
- สุธิดา สุทธิรักษ์. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาไค้ อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 3(3), 469-480.
- สุวิมล มณีโชติ. (2559). การดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 36(2), 202-214.
- อรณิชฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <http://dspace.spu.ac.th/handle/123456789/6672>.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง, พิษชาติ สุทธิแป้น, วิโรจน์ กิตติพิชัย, และ Ann Macaskill. (2561). Effects of Self-Management Program on Healthy Lifestyle Behaviors Among Elderly with Hypertension. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 13(2): 38-50. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/98167>.
- Bartz, A.E. (1999). *Basics Statistical Concepts*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B.S., Hastings, J.T., and Madaus, G.F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Bornet, M.A., Truchard E. R., Rochat E. , Pasquier J., & Monod S. (2017). Factors associated with quality of life in elderly hospitalised patients undergoing post-acute rehabilitation: a cross-sectional analytical study in Switzerland. *BMJ Open*. 1-8.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in health science*. 5th ed. New York: John Wiley & Sosnic.
- Devraj, S., D'mello, M. K. (2019). Determinants of quality of life among the elderly Health Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*. 31(5), 874-879.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Klompstra, L., Ekdahl, A. W., Krevers, B., Milberg, A., & Eckerblad, J. (2019). Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatrics*. 19(187), 1-8.
- Oo, M. Y., Punpuing, S., Chamchan, C. (2015). Factors Affecting Quality of Life of Older People in Taungu Township, Bago Region, Myanmar. *Journal of Health Research*. 29(4): 235-242.
- Devraj, S., D'mello, M.K. (2019). Determinants of quality of life among the elderly population in urban areas of Mangalore, Karnataka. *Journal of Geriatric Mental Health*. 6(2), 94-98.
- Seangpraw, K., Ratanasiripong, N.T., Ratanasiripong, P. (2019). Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand. *Journal of Health Research*. 33(6), 450-459.