

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ดวงเนตร ธรรมกุล* ธนิดา พุ่มท่าอิฐ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบหลายด้านโดยเฉพาะ การเกิดโรคเรื้อรัง และมีความต้องการพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น การที่จะควบคุมความรุนแรงของโรคเรื้อรัง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองด้านสุขภาพได้มีประสิทธิภาพ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีความรู้ทางสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของระดับความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจาก 48 ชุมชนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้มา 6 ชุมชน จากนั้นเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ จำนวน 393 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ .95 และ .90 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.12 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.90 พบว่า ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.77$, $p<.01$)

สรุปผล : แม้จะพบว่ามีความรู้ทางสุขภาพระดับสูงและพฤติกรรมสุขภาพดี แต่ผู้สูงอายุต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญา เนื่องจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย และต้องพัฒนาให้คงอยู่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ทางสุขภาพ

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ, E-mail: thanida_pum@dusit.ac.th

Received: October 8, 2020

Revised: March 10, 2021

Accepted: April 19, 2021

Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok

Doungnetre Thummakul* Thanida Pumtha-it**

Abstract

Background: An aging society has had a significant impact in the rise of chronic disease prevalence and demand for assistance among the elderly. The way to help control the severity of chronic disease and to increase the ability of the elderly to take care of their own health is to have proper health behavior and health literacy, which will result in effective health care decisions.

Objectives: The purpose of this research was to study the level of health literacy, health behavior, and the correlation between health literacy and health behavior of the elderly.

Methods: The sample consisted of elders from 48 communities in Bang Phlat district, Bangkok. Elders from 6 communities were sampled by simple random sampling, then 393 elders were sampled by accidental sampling, using Yamane's formula for sample size. Data were collected using a health literacy and health behavior surveys which had IOC = .95 and .90, respectively. Reliability was calculated using Cronbach's alpha coefficient and were .96 and .84, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and correlation were calculated using Pearson's correlation coefficient.

Results: The results showed that the health literacy of most of the subjects were high at 86.12 percent and health behavior level was high at 89.90 percent. The relationship between health literacy and health behavior of the elderly was positive at the medium level with statistical significance of .01 ($r=0.77$, $p<.01$).

Conclusions: Even with good health literacy and behavior, elders still face the risk of cognitive inertia due to degenerative diseases, so it is necessary to foster health literacy in accordance with their age, and elders must develop health literacy to remain in this society as time changes.

Keywords: elderly, health behavior, health literacy

*Faculty of Nursing Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

**Faculty of Nursing Suan Dusit University, Bangkok, Thailand, E-mail: thanida_pum@dusit.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ทำให้หลายประเทศทั่วโลกมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (aged society) จะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2564¹⁻² และกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ในสังคม สัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงาน และวัยเด็กลดลง ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกันตามลำพังมากขึ้น และส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย หากผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดี มีความรอบรู้ทางสุขภาพดี จะส่งผลให้มีความผาสุกในชีวิต³ นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ด้านลบกับความคิดที่เสื่อมถอยลง (cognitive dysfunction) จากการขาดการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงก่อนก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ⁴ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ จะขาดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และทำให้ความคิดเสื่อมถอยลงเพิ่มมากขึ้นในช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น

ข้อมูลปัจจัยพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ จะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้สูงอายุให้ครอบคลุมระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และ ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ซึ่งจะเป็นเครื่องมือกลางในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ และระดับสูง โดยข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินนี้จะนำไปใช้ในการ

ออกแบบกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ หากผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ได้อย่างถูกต้อง นำความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มที่จะสามารถต้านทาน และจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพลง และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อชะลอความเสื่อมและลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังต่อไป

อย่างไรก็ตาม จะพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องทำความเข้าใจข้อมูลการดูแลสุขภาพ เพื่อใช้ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง ยกตัวอย่าง เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้สมุนไพร จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น และมีค่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม⁵ นอกจากนี้ การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจะทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น⁶ ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จะพบความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำของความรอบรู้ทางสุขภาพในประเด็นภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอกับการรับรู้ที่เสื่อมถอยลง⁷ ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นตัวแปรสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยในการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ คาดการณ์ว่าหากผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพขึ้นพื้นฐาน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น⁸ อย่างไรก็ตามความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแย่ง⁹ จาก

การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

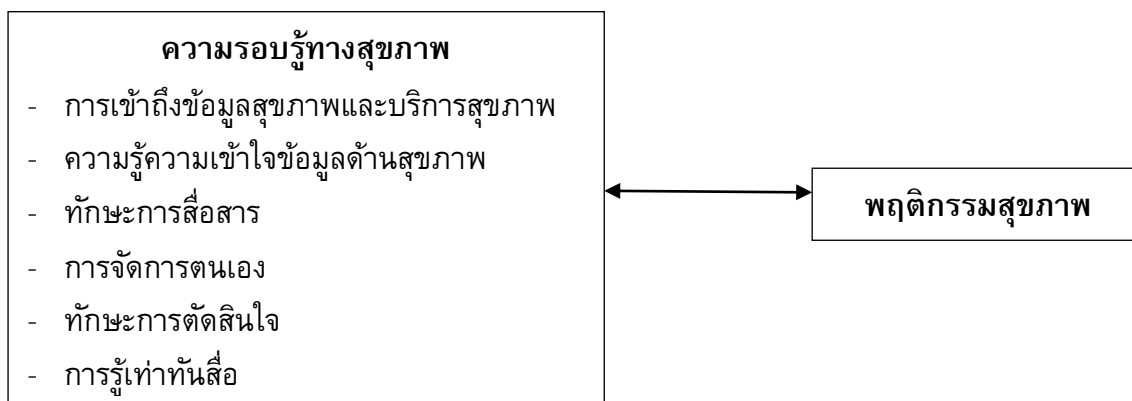
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคำถามการวิจัยครั้งนี้ สามารถสร้างกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จำนวน 21,698 คน¹⁰

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

จาก 48 ชุมชน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane¹¹ ได้จำนวน 392.76 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้มา 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนวัดวิมุตยารามชุมชนภาณุรังสี ชุมชนวัดสิงห์ ชุมชนวัดภคินีนาถ ชุมชนริมคลองบางพลัด และชุมชนวัดเทพากร และใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ จาก 6 ชุมชน จำนวน 393 คน เก็บจริงได้ 396 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ
 2) ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ สร้างขึ้นโดยการพัฒนามาจากกรอบแนวคิดระบบพัฒนาความรู้ทางสุขภาพที่กรมอนามัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ Nutbeam¹² และ Sørensen et al¹³ แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ด้านคือ (1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ด้านความรู้ความเข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพ (3) ด้านทักษะการสื่อสาร (4) ด้านการจัดการตนเอง (5) ด้านทักษะการตัดสินใจ และ (6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ โดยปรับมาจากแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (health promoting lifestyle profile II: HPLP II) ตามแนวคิดของ Walker et al¹⁴ โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) โภชนาการ 3) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) การจัดการกับความเครียด 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามในข้อ 2 และ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ระดับคะแนน 0-4) คือ ทำไม่เป็นหรือเชื่อว่าทำได้แต่ยังไม่เคยทำ ยากมาก ยาก สามารถทำได้มาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ความรู้ทางสุขภาพสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 108-160 ความรู้ทางสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 54-107 และ ความรู้ทางสุขภาพต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-53 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพดี คะแนนอยู่ระหว่าง 46-68 พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 24-45 หรือพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีคะแนนอยู่

ระหว่าง 0-23 การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพและการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพและวิธีวิทยาการวิจัย จำนวน 1 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (index of item – objective congruence; IOC) แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.00-1.00 ภาพรวมเท่ากับ .95 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.33-1.00 ภาพรวมเท่ากับ .90 และนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (reliability) พบว่าแบบวัดความรู้ทางสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 และ .84 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่รับรอง SDU-RDI 2019-006 ลงวันที่ 13 พ.ค. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านสำนักงานเขตบางพลัด จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 12 คน จากนั้นลงเก็บข้อมูลตามชุมชนที่ได้รับการสุ่ม โดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ ตัวอย่างที่สามารถอ่านและเขียนได้ดี ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับตัวอย่างที่มีปัญหาสายตา และไม่สะดวกอ่านเอง จะใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความ

พร้อมของผู้ช่วยวิจัย อธิบายเรื่องการใช้แบบสอบถาม และเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุก่อนลงเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตัวอย่างผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กทม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 44.40 เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 35.40 มีค่าเฉลี่ยของอายุ = 71.93 ปี (SD=8.35) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.60 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 52.00 อาชีพเดิมก่อนอายุ 60 ปี มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.60 รองลงมา คือ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.80 อาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.60 มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 77.80 โดยผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ร้อยละ 64.90 ซึ่งเป็นบุตร ธิดา และญาติ ร้อยละ

91.44 มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน ชัดเจน ร้อยละ 62.10 และ 84.10 ตามลำดับ มีความสามารถในการพูด อ่าน เขียน และเคลื่อนไหวดี ร้อยละ 90.40, 78.50, 74.70, และ 92.70 ตามลำดับ มีเงินพอใช้ ร้อยละ 48.00 การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.20 และไม่เป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ ร้อยละ 91.40 ซึ่งผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

ระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 396 คน พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 108-160 มีจำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 86.12 ความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 54-107 มีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 13.39 และคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-53 มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ($M = 127.45, SD = 21.96$) สำหรับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพดี คะแนนอยู่ระหว่าง 46-68 มีจำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 89.90 พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 24-45 มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 9.85 และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-23 มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.26 ($M = 55.46, SD = 7.78$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ($M = 127.45, SD = 21.96$)			ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 55.46, SD = 7.78$)		
ช่วง	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ	ช่วง	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ
คะแนน		ความรอบรู้ทางสุขภาพ	คะแนน		พฤติกรรมสุขภาพ
108-160	341 (86.12)	สูง	46-68	356 (89.90)	ดี
54-107	53 (13.39)	ปานกลาง	24-45	39 (9.85)	ปานกลาง
0-53	2 (0.51)	ต่ำ	0-23	1 (0.26)	ไม่ดี

หากแยกความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($M = 30.25$, $SD = 7.46$) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ($M = 31.05$, $SD = 4.54$) ทักษะการสื่อสาร

($M = 16.03$, $SD = 3.93$) การจัดการตนเอง ($M = 15.47$, $SD = 4.61$) ทักษะการตัดสินใจ ($M = 10.35$, $SD = 1.89$) และการรู้เท่าทันสื่อ ($M = 24.30$, $SD = 5.54$) มีคะแนนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแยกรายด้าน 6 ด้าน ($n=396$)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพฯ (10 ข้อ)			ความรู้ความเข้าใจข้อมูลฯ (9 ข้อ)			ทักษะการสื่อสาร (5 ข้อ)		
0.00-13.33	ต่ำ	M = 30.25 SD = 7.46	0-12	ต่ำ	M = 31.05 SD = 4.54	0.00-6.67	ต่ำ	M = 16.03 SD = 3.93
13.34-26.67	ปานกลาง		13-24	ปานกลาง		6.68-13.34	ปานกลาง	
26.68-40.00	สูง		25-36	สูง		13.35-20.00	สูง	
การจัดการตนเอง (5 ข้อ)			ทักษะการตัดสินใจ (3 ข้อ)			การรู้เท่าทันสื่อ (8 ข้อ)		
0.00-.6.67	ต่ำ	M = 15.47 SD = 4.61	0-4	ต่ำ	M = 10.35 SD = 1.98	0.00-10.67	ต่ำ	M = 24.30 SD = 5.54
6.68-13.34	ปานกลาง		5-8	ปานกลาง		10.68-21.34	ปานกลาง	
13.35-20.00	สูง		9-12	สูง		21.35-32.00	สูง	

เมื่อวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ¹⁵ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .77$, $p < .01$) และ

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r อยู่ระหว่าง .51 -.75, $p < .01$) โดยพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ($r = .75$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด จำแนกรายด้านและภาพรวม ($n=396$ คน)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ระดับความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.51**
ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ	.75**
ด้านทักษะการสื่อสาร	.57**
ด้านการจัดการตนเอง	.55**
ด้านทักษะการตัดสินใจ	.67**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	.63**
ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม	.77**

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาที่มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ จึงขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงถึงร้อยละ 86.12 ($M = 127.45$, $SD = 21.96$) โดยหากแยกความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นรายด้านจะพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีระดับสูงทุกด้าน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพดี ร้อยละ 89.90 ($M=55.46$, $SD=7.78$) ผู้สูงอายุในชุมชนบางพลัดจะอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา และไม่ได้สนใจที่จะบริโภคอาหารเสริมที่มีการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.80 โดยจะเชื่อสิ่งที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลให้ข้อมูล รับการรักษา และมาตรวจตามนัดจากโรงพยาบาลเท่านั้น และยังเป็นชุมชนเมืองที่มีระบบการขนส่งสาธารณะที่ดี ทำให้การเดินทางไปโรงพยาบาลสะดวก และมีหลากหลายวิธีการ เช่น รถเมล์ รถไฟฟ้า หรือรถขนส่งสาธารณะ เป็นต้น ทำให้สามารถสอบถามข้อมูลทางสุขภาพ และถูกติดตามภาวะสุขภาพจากทีมสุขภาพได้มากขึ้น นอกจากนี้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้สามารถตรวจสอบข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ และสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้ง่าย จึงทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพสูง และพฤติกรรมสุขภาพดี โดยตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย

71.93 ปี ($SD = 8.35$) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ มีเงินพอใช้ ส่วนน้อยมากที่มีหนี้สิน แต่จะมีการใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง ด้วยไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเองได้ ต้องพึ่งพาลูกหลาน ทำให้การซื้อสินค้าสุขภาพตามที่มีโฆษณาทำได้ไม่สะดวกมากนัก และทีมสุขภาพที่โรงพยาบาลไม่ได้แนะนำ จึงทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพสูงซึ่งมักจะพบความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุมาก มีโรคร่วม และระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ลดลง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น⁹ นอกจากนี้ความรอบรู้ทางสุขภาพเชิงหน้าที่สามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นด้วยการใช้เทคโนโลยี การให้คำปรึกษาทางไกลตามบ้าน (telehomecare) ในการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยมากขึ้น¹⁶ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง แต่การพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องและมีความเข้าใจ ยังเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะได้รับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มเติมจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น พูดช้าชัดถ้อยชัดคำ เอกสารขยายให้เหมาะสม ทบทวน ทำความเข้าใจ สอบถามกลับด้วยความเข้าใจ โดยใช้เทคนิคหลักการสอนกลับ (teach back technique) ซึ่งเป็นเทคนิคการสอนที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้¹⁷ เพื่อให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสื่อ มีทักษะการสื่อสาร มีทักษะการตัดสินใจ และสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ควรคงสภาพนี้ไว้ และควรส่งเสริมให้มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อให้มาก และคงอยู่ในระยะเวลานาน ๆ เพราะการเปลี่ยนแปลงตาม

สรีรวิทยาจากความสูงวัยจะเกิดความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายในปริมาณที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน¹⁸ โดยพบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมประจำวันน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง¹⁸ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย หรือเพิ่มจำนวนการก้าวเดินต่อวันให้มากขึ้น¹⁹ และยังพบว่า การฝึกความต้านทาน (resistance training) จะช่วยให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และภาวะจิตสังคม (ความพึงพอใจต่อชีวิต ระดับความภาคภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้สูงอายุดีขึ้น²⁰ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการกำหนดเป้าหมายและได้รับการจัดกระทำให้สูงวัยอย่างมีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีเป้าหมายและไม่ได้รับการจัดกระทำ²¹ อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุที่รู้จักตนเอง (self-realization) รู้ถึงความต้องการแห่งตน สามารถสร้างเป้าหมายและทราบขีดความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความยืดหยุ่น จะจัดการดูแลตนเองได้มากกว่า ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างความเป็นอยู่และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงควรที่จะเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุด้านการรู้จักตนเอง สร้างความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการและสร้างความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ (resilience) ให้มากขึ้น เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และสร้างความผาสุกให้เกิดขึ้น²² ทั้งนี้ในประเทศจีน พบว่าเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ และเครือข่ายเพื่อนมีผลกระทบมากกว่าเครือข่ายครอบครัวในเรื่องพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ และความสามารถในตนเอง ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรใช้เครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ และพัฒนาโปรแกรมที่สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี²³

2. ความสัมพันธ์ของระดับความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และหากแยกรายด้าน พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับความสัมพันธ์สูงที่สุดคือด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันสุขภาพลดลง มีการพึ่งพาการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแย่ลง และเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากขึ้น⁹ หากผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีตามมาด้วย⁶ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระดับต่ำของความรู้ทางสุขภาพด้านภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน⁸

อย่างไรก็ตาม การเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีแนวโน้มที่ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นและมีโอกาสน้อยที่จะเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งตามพระราชบัญญัติเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่าผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสามารถมีบทบาทสำคัญในการใช้

เทคโนโลยีที่หลากหลายตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกมีประสิทธิภาพ โดยจะช่วยกระตุ้นการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้²⁴ ซึ่งจะพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การให้ข้อมูลด้านสุขภาพจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะเชื่อมั่นในสื่อและความรู้ที่ได้รับจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตบางพลัดมีความสัมพันธ์ด้านบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถไปรับบริการสุขภาพกับทางโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้ และยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้แนะนำและให้ข้อมูล ช่วยคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น สนับสนุนการออกกำลังกาย และให้กำลังใจ ทั้งนี้พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ๆ มีอิทธิพลต่อความพยายามของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างชัดเจน²⁵

สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและมีค่าสูงที่สุดกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบตัวอย่างที่จัดกระทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและการเสริมสร้างศักยภาพด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม

สุขภาพที่ดีขึ้นในการควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายเป็นประจำ และการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ (health information navigation)⁷ แม้ว่าจะเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เพียง 12 สัปดาห์ นั้นแสดงว่าความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมเป็นระยะ ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างและการเสริมสร้างพลังสุขภาพในผู้สูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัดมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และพบความสัมพันธ์ในระดับปานกลางระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพควรนำข้อมูลพื้นฐานนี้ไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้เกิดความคงอยู่ของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อไป

2. ทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม และดำเนินการเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่สนับสนุนทุนวิจัยและขอขอบพระคุณ

กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research*. 2015;9(2):1-8. (in Thai).
2. Prasartkul P. Situation of the Thai Elderly 2015. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2016. (in Thai).
3. Palumbo R. Sustainability of well-being through literacy, the effects of food literacy on sustainability of well-being. *Agric Agric Sci Procedia*. 2016;8:99-106. doi: 10.1016/j.aaspro.2016.02.013.
4. Kimberly AK, Melody SG, William DM, Christopher RC, Richard TG. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient Educ Couns*. 2014;95(2):218–25. doi: 10.1016/j.pec.2014.02.005.
5. Ramphaiboon P, Charoensup R, Sunsern R, Kanthawee P. Effectiveness of the developing health literacy focusing on herbal and herbal product program among elderly people with hypertension at MAE-CHAN district, Chiangrai province. *Chiangrai Medical Journal*. 2018;10(1):81-92. (in Thai).
6. Lin SC, Chen IJ, Yu WR, Lee SYD, Tsai TI. Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatr Nurs*. 2019; 40(5):494-501. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.03.013.
7. Crespo TS, Andrade JMO, Lelis DF, Ferreira AC, Souza JGS, Martins, AME, et al. Adherence to medication, physical activity and diet among older people living with diabetes mellitus: Correlation between cognitive function and health literacy. *IBRO Reports*. 2020;9:132-7. doi: 101016/j.ibror.2020.07.003
8. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Educ Health Promot*. 2014;29(3):119. doi: 10.4103/2277-9531.145925.
9. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatr Nurs*. 2017;38(4):334-41. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.12.003.
10. Division of Public Health and Environmental Strategy. Report of the elderly in Bangkok from the population base in the civil registration system as of December 2018. Bangkok: Strategy and Evaluation Department; 2019. (in Thai).

11. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Ed. New York: Harper and Row Publications; 1973.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
13. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80 doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
14. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characterizations. *Nurs Res*. 1987;36(2):76-81. doi: 10.1097/00006199-198703000-0002.
15. Best JW, Kahn JV. Research in education (10th ed.). New Delhi: Prentice-Hall of India Publications; 2006.
16. Haesum LKE, Ehlers LH, Hejlesen OK. The long-term effects of using telehomecare technology on functional health literacy: results from a randomized trial. *Public Health*. 2017;150:43-50. doi: 10.1016/j.puhe.2017.05.002.
17. Dinh TTH, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(1):210-47. doi: 10.11124/jbisir-2016-2296.
18. Xu C, Furuya-Kanamori L, Liu Y, Færch K, Aadahl M, Seguin RA, et al. Sedentary behavior, physical activity, and all-cause mortality: dose-response and intensity weighted time-use meta-analysis. *J Am Med Directors Assoc*. 2019;20(10):1206-12. doi: 10.1016/j.jamda.2019.05.001.
19. Rojer AGM, Ramsey KA, Trappenburg MC, van Rijssen NM, Otten RHJ, Heymans MW, et al. Instrumented measures of sedentary behaviour and physical activity are associated with mortality in community-dwelling older adults: A systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Ageing Res Rev*. 2020;61:101061. doi: 10.1016/j.arr.2020.101061.
20. Bampton EA, Johnson ST, Vallance JK. Profiles of resistance training behavior and sedentary time among older adults: Associations with health-related quality of life and psychosocial health. *Prev Med Rep*. 2015;2:773-6. doi: 10.1016/j.pmedr.2015.08.017.
21. Zadworna M. Healthy aging and the University of the Third Age – Health behavior and subjective health outcomes in older adults. *Arch Gerontol and Geriatr*. 2020;90:104126. doi: 10.1016/j.archger.2020.104126.
22. Simpson V, Xu D. Difficulties with health self-management by older adults: The

- role of well-being. *Geriatric Nurs.* 2020;41(6): 984-91. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.07.010.
23. Wu F, Sheng Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Arch Gerontol Geriat.* 2019;85:103934. doi: 10.1016/j.archger.2019.103934.
24. Kim J, Lee HY, Won CR, Barr T, Merighi JR. Older adults' technology use and its association with health and depressive symptoms: Findings from the 2011 national health and aging trends study. *Nurs Outlook.* 2020; 68(5):560-72. doi: 10.1016/j.outlook.2020.05.001.
25. Giena VP, Thongpat S, Nitirat P. Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *Int J Nurs Sci.* 2018;5(2):201-5. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.04.002.