

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

How Social Support and Health Literacy Influence Quality of Life of Elders in Mueang District of Nakhon Si Thammarat

จามจุรี แซ่หลู^{1*}, ธมลวรรณ แก้วกระจก¹ และ ดาลิมา สำแดงสาร¹
Jamjuree Saeloo^{1*}, Thamolwan Kaewkrachok¹ and Dalima Samdaengsarn¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat^{1*}

(Received: November 18, 2020; Revised: January 26, 2021; Accepted: April 19, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพหุวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละสังคมจำนวน 130 คน รวมเป็น 390 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .97, .94 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความรู้ ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้คูเดอร์และริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ .68 สำหรับด้านอื่นๆ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ นำมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .83, .86, .56, .85 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติถดถอย ผลการวิจัยพบว่า

1. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท โดยภาพรวมพบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.71$; $M=4.12$, $SD=0.78$; $M=3.69$, $SD=0.56$)

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่ามีความรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($M=33.67$, $SD=10.16$; $M=39.88$, $SD=8.13$; $M=29.39$, $SD=7.00$)

3. คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมพบว่าในสังคมเมืองโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 72.31) ส่วนผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบทพบว่าโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.77, 63.85) และ 4) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.50 ส่วนในสังคมชนบทแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 9.60

ดังนั้นควรมีการวางแผนส่งเสริมให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของและการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุเพื่อยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jureepink@yahoo.co.th เบอร์โทรศัพท์ 083-0922277)

Abstract

This predictive research aimed to study the levels of social support, health literacy and quality of life, prior to evaluate the influence of both social support and health literacy on quality of life among elderly who are living in urban, semi-urban, rural and semi-rural context in Mueang district of Nakhon Si Thammarat province. Sample was 390 older adults (130 from each of those context), and selected by stratified and simple random sampling. All data were collected using questionnaires. Reliability of social support questionnaire and quality of life questionnaire were both determined using Cronbach's alpha coefficient and obtained the values of .97 and .94, respectively. For the health literacy questionnaire, health knowledge component was examined by using Kuder and Richardson method, yielding values of .68 and .83, respectively. Other components, namely access to health information, communication of health information, decision making, self-management and media literacy, were tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining values of .86, .56, .85, and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive and regression analysis. Results revealed the following.

1. Social support of the older adults, living in urban, semi-urban and semi-rural, and rural society were at a high level ($M=3.81$, $SD=0.71$; $M=4.12$, $SD=0.78$; $M=3.69$, $SD=0.56$, respectively).
2. Health literacy in older adults, living in urban, semi-urban and semi-rural, and rural society were at a low level ($M=33.67$, $SD=10.16$; $M=39.88$, $SD=8.13$; and $M=29.39$, $SD=7.00$, respectively).
3. Quality of life of the older adults in urban society was at a good level (72.31%), in semi-urban and semi-rural, and rural society were at a moderate level (60.77%, and 63.85%, respectively).
4. In a semi-urban and semi-rural society, the social support could predict 45.50 percent of quality of life. While in rural society, social support could predict 9.60 percent of quality of life.

Per findings of the study, tangible and intangible social support should be provided to older people in order to promote their quality of life.

Keywords: Social Support, Health Literacy, Quality of Life, Older Adults, Urban, Semi-Urban, Semi-Rural, Rural Society

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ทั้งนี้เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมาโลกมีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 540 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 (Anantakul, 2016) แต่ในปี พ.ศ. 2558 โครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.3 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และในปี พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก (United Nation, 2015) ซึ่งเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์สำหรับในประเทศไทย พบว่า พ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2581 (Foundation of Thai Gerontology Research and

Development Institute, 2018) ส่วนในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 265,735 คน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ และอันดับที่ 4 ของภาคใต้ สำหรับอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อำเภอเมือง (Department of Older Persons, 2019)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะเกิดในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง จึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น (Rojanathamkul, 2020) โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2019) พบปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเข่าเสื่อม ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากจะกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากใช้เวลาในการรักษายาวนาน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีอันดับการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในอันดับ 2 รองจากผู้ใหญ่ (Department of Mental Health, 2016) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจทำให้ประเทศไทยต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในปี 2575 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในแบบจำลองสังคมผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะพุ่งสูงถึง 1.407 ล้านล้านบาท (Wichitaksorn, 2018) ซึ่งค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุถดถอยลง

คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ และเป็นปัจจัยหลักที่แสดงว่าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) สำหรับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Srithanee, 2017) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนสินทรัพย์ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Nutbeam, 2008) นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Jintana, Suktan, & Takaew, 2018) และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งแบ่งออกเป็น สังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท (Prutkankit, 2013) เนื่องจากแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันทั้งมิติของบริบทการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ วัฒนธรรม และการบริการสุขภาพ แต่งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ครอบคลุมทุกสังคมในแต่ละการศึกษา ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในจังหวัด

นครศรีธรรมราช ทำให้ไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกัน แต่ลักษณะทางสังคมต่างกัน คุณภาพชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีความแตกต่างกันหรือไม่ และ ความรอบรู้ทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต แตกต่างกันหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะทำให้ทราบสถานการณ์ของคุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุ ในแต่ละสังคมของจังหวัดนครศรีธรรมราช และนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

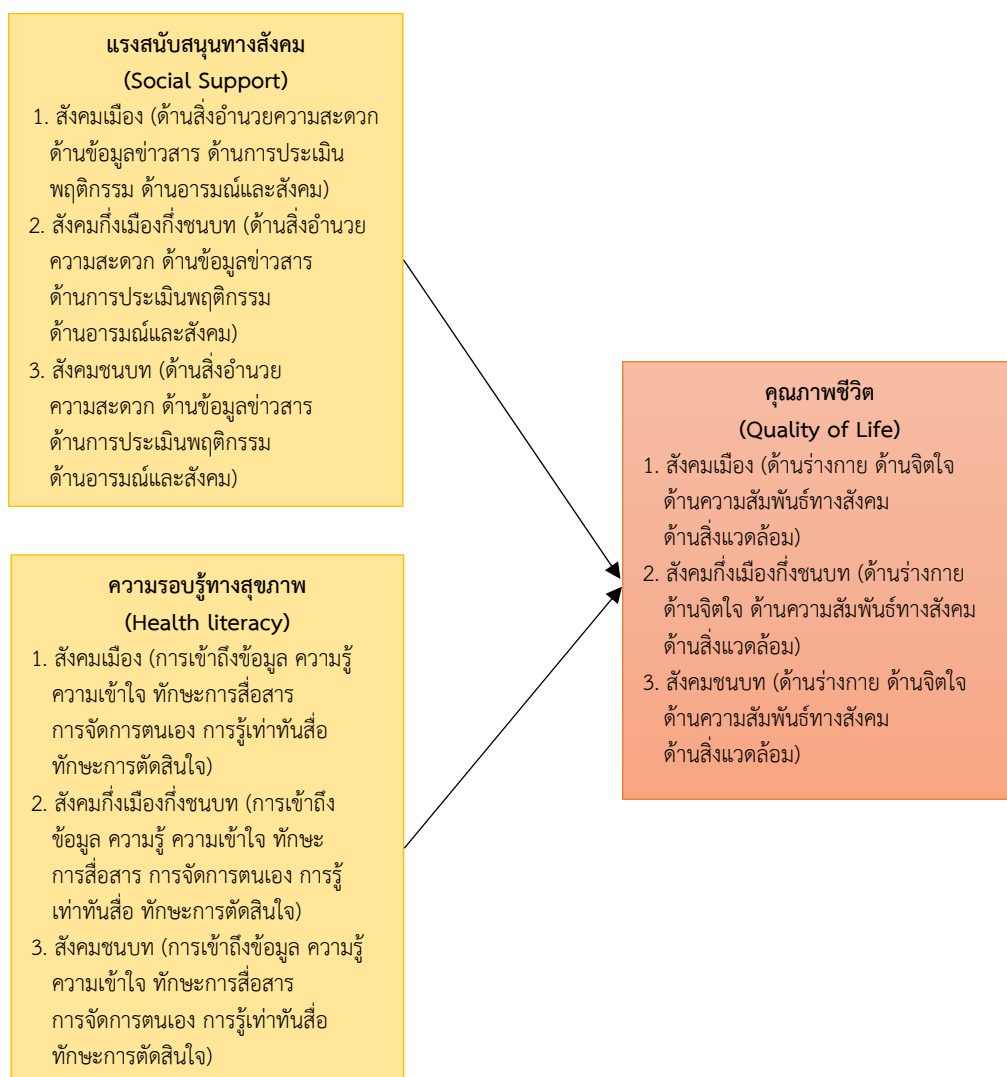
1. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐานวิจัย

แรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการประเมินพฤติกรรม 4) ด้านอารมณ์และสังคม ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถ 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ เมื่อผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ก็จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี คือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตและพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นสังคมเมือง ได้แก่ ตำบลในเมือง ตำบลท่าวัง และตำบลคลัง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้แก่ ตำบลท่าเรือ ตำบลท่าซัก ตำบลปากพูน ตำบลโพธิ์เสด็จ ตำบลนาเคียน ตำบลมะม่วงสองต้น และตำบลปากนคร และสังคมชนบท ได้แก่ ตำบลนาทราย ตำบลท่าจั่ว ตำบลกำแพงเขา ตำบลไชยมนตรี ตำบลบางจาก และตำบลท่าไร่ (Prutkankit, 2013) ซึ่งแต่ละสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุ ดังนี้ สังคมเมือง 13,676 คน สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท 23,288 คน และสังคมชนบท 9,514 คน (Department of Older Persons, 2019)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช สำหรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power (Sanitluang, Sartpet, & Napaarak, 2019) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) สำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรง ตามที่ Cohen (1977) ได้กำหนดไว้ 3 ระดับ แต่ที่นิยมใช้คือ ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.15 ที่ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปรทำนาย (Number of Predictors) เท่ากับ 2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 107 คน ซึ่งผู้วิจัยเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการเก็บรวบรวมได้ไม่ครบถ้วน (Lanmeshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในสังคมเมือง จำนวน 130 คน สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จำนวน 130 คน และสังคมชนบท จำนวน 130 คน รวมทั้งหมด 390 คน

ขั้นตอนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น โดยการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามลักษณะของสังคมที่อาศัยอยู่ โดยสุ่มตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากชั้นที่เป็นกลุ่มตำบลในสังคมเมือง (3 ตำบล) สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (7 ตำบล) และสังคมชนบท (6 ตำบล) สำหรับสัดส่วนในการสุ่มคือ 3:1 ซึ่งสังคมเมืองสุ่มได้ 1 ตำบล คือ ตำบลในเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทสุ่มได้ 2 ตำบล คือตำบลท่าเรือและตำบลท่าซัก ส่วนสังคมชนบทสุ่มได้ 2 ตำบล ได้ตำบลกำแพงเขาและตำบลไชยมนตรี

ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุ มาจับฉลากแบบแทนที่ (Sampling with Replacement) ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล คำนวณจากสัดส่วนของประชากรแต่ละตำบล ดังนี้ จากสังคมเมืองได้จากตำบลในเมือง จำนวน 130 คน สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ตำบลท่าเรือ (4,230) ได้ 94 คน ตำบลท่าซัก (1,648) ได้ 36 คน และสังคมชนบท ตำบลกำแพงเขา (1,967) ได้ 82 คน ตำบลไชยมนตรี (1,130) ได้ 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ความเพียงพอของรายได้กับการดำรงชีวิต และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสื่อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามของ Rattana (2009) ซึ่งประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ 3) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ และ 4) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากจริงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ถึง จริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คิดจากคะแนนสูงสุด (5) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (1) หาค่าด้วย 5 (Srisaard, 2012) โดย

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ ใช้แบบสอบถามของ Nilnet (2014) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวนรวมทั้งหมด 38 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบเห็นด้วยได้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยได้ 0 คะแนน ยกเว้นข้อ 2, 6, 8, 9, 11, และ 12 ตอบเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยได้ 0 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 12 คะแนน

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน

3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพจำนวน 6 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 12 คะแนน

4. ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสถานการณ์สั้น โดยให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน ให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีในการกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี 2 คะแนน มีการเพิ่มข้อมูลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดีผลเสีย 3 คะแนน มีการเพิ่มการแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเอง 4 คะแนน มีการเพิ่มการแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งหมด 20 คะแนน

5. ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อจำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน ยกเว้น ข้อที่ 1 ที่ให้คะแนนในทางกลับกัน

สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนโดยภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.00-79.99 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปอยู่ในระดับสูง ดังนั้นคะแนนความรอบรู้สุขภาพทั้งหมดเท่ากับ 74 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 44.40 อยู่ในระดับต่ำ 44.41-59.10 อยู่ระดับปานกลาง 59.20 คะแนนขึ้นไป อยู่ในระดับมาก (Intarakamhang, 2017)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatanirunkul, Tuntinirunkul, Pumpsanchai, Wongsuwan, & Ponmanajirungkul, 1997) ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 อยู่ในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ จากไม่เลย ให้ 1 คะแนน ถึง มากที่สุด ให้ 5 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบ จากไม่เลย ให้ 5 คะแนน ถึง มากที่สุด ให้ 1 คะแนน สำหรับการแปลความหมายของคะแนน มีดังนี้

คุณภาพชีวิต	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับไม่ดี
ด้านสุขภาพกาย	27 – 35	17 – 26	7 – 16
ด้านจิตใจ	23 – 30	15 – 22	6 – 14
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12 – 15	8 – 11	3 – 7
ด้านสิ่งแวดล้อม	30 – 40	19 – 29	8 – 18
คุณภาพชีวิตโดยภาพรวม	96 – 130	61 – 95	26 – 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ไปหาความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .97, .94 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยด้านความรู้ นำมาคำนวณหาค่าเที่ยงโดยใช้วิธีการของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson) ได้ค่าความเที่ยง .68 สำหรับด้านอื่นๆ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการ

รู้เท่าทันสื่อ นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .83, .86, .56, .85 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน-31 กรกฎาคม 2563 ซึ่งมีขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังองค์การบริหารตำบลในเมือง ตำบลท่าเรือ ตำบลท่าซึก ตำบลกำแพงเขา และตำบลไชยมนตรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์

2. ผู้วิจัยและคณะไปพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการทำแบบสอบถาม

4. ดำเนินแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

5. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตต่อคุณภาพชีวิต ก่อนทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติ โดย

- 1) หารลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลด้วย Quantile-Quantile plot พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้น สรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ 2) หารความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยใช้สถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test) พบว่าในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ($F=107.009, p=.000, F=13.657, p=.000$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และในสังคมเมือง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) หารความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต พบว่าในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและสังคมชนบท ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .675, .31 ซึ่งไม่เกิน .70 ดังนั้นการวิเคราะห์อิทธิพลจึงสามารถทำได้เพียงการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบทเท่านั้น โดยใช้สถิติการถดถอยอย่างง่าย (Simple Linear Regression)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขจริยธรรมวิจัยที่ Ex-2563 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

สังคมเมือง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.92 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.38 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.38 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.53 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 61.53 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.69 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 36.92 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 47.69

สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.38 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.53 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.46 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.69 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 67.69 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.84 อาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตร ร้อยละ 31.53 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 70.00

สังคมชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.53 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.38 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.69 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.07 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 79.23 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.23 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 46.15 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากโทรทัศน์ ร้อยละ 43.07

2. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

แรงสนับสนุนทางสังคม	สังคมเมือง (n=130)		สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (n=130)		สังคมชนบท (n=130)	
	M	SD	M	SD	M	SD
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.92	0.79	4.09	1.04	3.70	0.57
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.83	0.79	4.05	0.91	3.73	0.72
ด้านการประเมินพฤติกรรม	3.69	0.85	4.09	0.87	3.63	0.74
ด้านอารมณ์และสังคม	3.80	0.79	4.22	0.68	3.69	0.61
รวม	3.81	0.71	4.12	0.78	3.69	0.56

จากตาราง 1 แรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท พบว่าอยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.71$; $M=4.12$, $SD=0.78$; $M=3.69$, $SD=0.56$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดแยกตามความแตกต่างของลักษณะสังคม พบว่าสังคมเมืองคือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($M=3.92$, $SD=0.79$) กึ่งเมืองกึ่งชนบทคือด้านอารมณ์และสังคม ($M=4.22$, $SD=0.68$) และชนบทคือด้านข้อมูลข่าวสาร ($M=3.73$, $SD=0.72$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด พบว่าสังคมเมืองคือด้านการประเมินพฤติกรรม ($M=3.69$, $SD=0.85$) กึ่งเมืองกึ่งชนบทคือด้านข้อมูลข่าวสาร ($M=4.05$, $SD=0.91$) และชนบทคือด้านการประเมินพฤติกรรม ($M=3.63$, $SD=0.74$)

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	สังคมเมือง (n=130)		สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (n=130)		สังคมชนบท (n=130)	
	M	SD	M	SD	M	SD
ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (12 คะแนน)	8.50	1.84	7.38	2.39	8.66	1.71
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (10 คะแนน)	4.88	3.00	6.22	1.94	3.75	1.95
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (12 คะแนน)	6.00	2.99	7.21	2.35	4.53	2.03
ด้านการตัดสินใจ (20 คะแนน)	6.07	1.69	8.00	3.95	5.72	1.29
ด้านการจัดการตนเอง (10 คะแนน)	4.50	2.38	5.96	2.36	3.48	1.80
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (10 คะแนน)	3.73	2.92	5.10	2.61	3.26	1.83
ค่าเฉลี่ยรวม	33.67	10.16	39.88	8.93	29.39	7.00

จากตาราง 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเมือง พบว่ามีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($M=33.67$, $SD=10.16$; $M=39.88$, $SD=8.13$; $M=29.39$, $SD=7.00$) สำหรับความรอบรู้รายด้านของผู้สูงอายุในสังคมเมือง พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=8.50$, $SD=1.84$) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค และด้านความสามารถในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M=7.38$, $SD=2.39$; $M=8.00$, $SD=3.95$) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ ส่วนในสังคมชนบท พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=8.66$, $SD=1.71$) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบทอำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยภาพรวม

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	สังคมเมือง (n=130)		เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท (n=130)		สังคมชนบท (n=130)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี	0	0.00	0	0.00	0	0.00
คุณภาพชีวิตปานกลาง	36	27.69	79	60.77	83	63.85
คุณภาพชีวิตที่ดี	94	72.31	51	39.23	47	36.15
รวม	130	100	130	100	130	100
	$M= 102.41$, $SD= 12.74$		$M= 99.42$, $SD= 15.59$		$M= 91.06$, $SD= 11.42$	

จากตาราง 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ส่วนใหญ่ในสังคมเมืองมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 94 ราย (ร้อยละ 72.31) สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 60.77) สังคมชนบทมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 63.85)

5. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยทำนาย	<i>b</i>	<i>S.E.</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท					
แรงสนับสนุนทางสังคม	13.47	1.30	.66	10.35	<.001
Constant 43.98, <i>R</i> = .675, <i>R</i> ² = .45, Adjusted <i>R</i> ² = .45, <i>F</i> = 107.00, <i>P</i> = < .001					
สังคมชนบท					
แรงสนับสนุนทางสังคม	.30	.08	.31	3.69	<.001
Constant 67.59, <i>R</i> = .310, <i>R</i> ² = .096, Adjusted <i>R</i> ² = .089, <i>F</i> = 13.66, <i>P</i> = < .001					

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายเชิงเส้นตรงพบว่า ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.50 (*R*² = .45) สามารถเขียนสมการคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{คุณภาพชีวิต} = .66 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .66 หน่วย

สำหรับในสังคมชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 9.60 (*R*² = .096) สามารถเขียนสมการคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{คะแนนมาตรฐาน} = .31 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .31 หน่วย

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบทอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรส ครอบครัวและบุตร ประกอบกับวัฒนธรรมไทยสมาชิกในครอบครัวจะให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ลูกหลานต้องดูแลเอาใจใส่ เมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาจะต้องมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล ช่วยเหลือในการตอบสนองการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัย การพาไปรับการรักษาตามนัดหรือเมื่อเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากครอบครัวคือศูนย์รวมความรักที่ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมือง คือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เนื่องจากความเป็นเมือง (Urbanization) จะนำมาซึ่งความทันสมัย ความเจริญของถนนหนทาง การคมนาคมสะดวก ความเจริญของตึกบ้านช่องมีความสุขสบายในการอยู่อาศัย (Prutkankit, 2013; Thongthammachai, 2014) ทำให้คนในครอบครัวสามารถดูแลรับส่งเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปต่างๆ จัดหาเสื้อผ้า ของใช้และอาหารมาให้ได้สะดวก จัดที่พักให้ตามความเหมาะสมและสะดวกสบาย ส่วนสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตร จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่ของตนเองในช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ คือกำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่จากบุตร บุตรเป็นที่พัก สำหรับคู่ครองคือบุญอยู่ด้วยแล้วอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงทำให้

ผู้สูงอายุรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ มีคนรัก มีคนดูแลเอาใจใส่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) นอกจากนี้สังคมชนบทแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องจากการเวลาที่ใช้โดยส่วนใหญ่จะหมดไปกับการทำงานหาเลี้ยงชีพและการพักผ่อนด้วยการดูโทรทัศน์กับครอบครัว จึงทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นจากสื่อโทรทัศน์และคนในครอบครัว

ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท พบว่ามีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบกับอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อม รับรู้ปัจจุบันได้น้อยหรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร ได้ยินไม่ชัด ตามัวมองภาพหรือตัวหนังสือไม่ชัดและไม่สามารถปรับตัวได้ทันกับเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ข้อมูลข่าวสารต้องติดตามทางสื่อที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์มือถือ โคมาร์ทโฟน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสรรหาข้อมูลข่าวสาร ทำให้ความสนใจหรือรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพต่ำ ดังผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จำอดีตได้แม่นยำ แต่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อย การเคลื่อนไหวลดลง จะส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเองและการเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังนั้นอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อายุมากขึ้นความฉลาดทางสุขภาพลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ คือไม่สามารถระลึกถึงคำแนะนำหรือการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวที่เคยได้รับได้ (Suramitthree, 2013; Nilnet, 2014; Ayotte, Allaire, & Bosworth, 2009; Howard, Sentell, & Gazmararian, 2006)

คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เนื่องจากการอาศัยอยู่ในสังคมเมือง ทำให้อยู่ใกล้สถานที่สำคัญ เช่น โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสุขภาพต่างๆ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีพ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ทำให้สะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิตและมีความสุขในการดำเนินชีวิต (Noknoi, & Boripan, 2017) สำหรับผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและสังคมชนบทมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวก ถ้าไม่มีรถส่วนตัวต้องอาศัยรถประจำทาง ประกอบกับส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน จึงเกิดความไม่มั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบาย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำกว่าสังคมเมือง นอกจากนี้ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท ผู้สูงอายุที่มีวุฒิการศึกษาในระดับประถมศึกษาสูงกว่าสังคมเมือง ซึ่งวุฒิการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมและสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพและพึ่งตนเองได้ดีกว่า สามารถปฏิบัติตนดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตสูง (Laohabutr, 2014; Phichit, 2015)

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและสังคมชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.50 และร้อยละ 9.60 ตามลำดับ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Jintana, Suktan, & Takaew, 2018) ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่

ในระดับต่ำ แต่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีและปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุไทยได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านการใช้ชีวิต ด้านการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว สามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพ (Srithanee, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ผู้สูงอายุ โดยให้ความช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันตามความต้องการ เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่พักอาศัย และช่วยเหลือด้านการเงินตามความเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรให้ข้อมูลในการออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติและแนวทางการแก้ไข ให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย พาไปตรวจสุขภาพประจำปี สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง เข้าร่วมงานประเพณีและกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพต้องช่วยเหลือพาไปพบแพทย์ ดูแลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท

References

- Anantakul, A. (2016). *Aging Society Challenges Thailand*. Proposed Documents at the Meeting of the Royal Academy Thammasat Political Office, Royal Society of Thailand. (in Thai)
- Ayott, B. J., Allaire, J. C., & Bosworth, H. (2009). The Association of Patient Demographic Characteristics and Health Information Recall: The Mediating Role of Health Literacy. *Neurophychal Dev Cogn B Aging Neuropsychal Cogn*, 16(4), 419-32.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Department of Mental Health. (2016). *Annual Report 2016*. Bangkok: Bangkok Block. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2019). *Statistics of the Number of Elderly by Province and Age in 2018*. Retrieved March 18 2019, from www.dop.go.th/th/know/1/159. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *Situation of the Thai Elderly*. Retrieved November 1, 2020, from <https://thaitgri.org/?p=38670>. (in Thai)
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of Health Literacy on Socioeconomic and Racial Differences in Health in a Elderly Population. *J Gen Intern Med*, 21(8), 857-61.
- Intarakamhang, U. (2017). *Health Literacy: Measurement and Development*. Bangkok: Sukhumvit Printing Co., Ltd. (in Thai)
- Jintana, P., Suktan, S., & Takaew, C. (2018). Correlation and Predictive Power Between Social Support and Quality of Life among Older Adult. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 119-131. (in Thai)



- Kandee, P., Sukwong, P., & Weiangkham, D. (2016). Perceived Social Support of Community-Dwelling Rural Elderly in Northern Thailand. *Journal Mental Health Thai*, 24(1), 40-51. (in Thai)
- Lanmeshow, S. L., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Laohabutr, P. (2014). *Quality of Life of the Elderly in Village, Moo 7, Plutaluang Sub-District, Sattahip District, Chonburi Province*. [Research Report]. [Chonburi]. Burapha University. (in Thai)
- Mahatanirunkul, S., Tuntinirunkul, W., Pumpisanchai, W., Wongsuwan, K., & Ponmanajirungkul, R. (1997). *The Comparison of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, 100 Indicators and 26 Indicators*. Chiang Mai: Suan Prung Hospital. (in Thai)
- Nilnet, W. (2014). *Health Literacy of the Thai Elderly in the Elderly Club in Bangkok*. [Thesis]. Chulalongkorn University. Retrieved October 18, 2020 from <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456>. (in Thai)
- Noknoi, J., & Boripan, W. (2017). Quality of Life of the Elderly in Songkhla Province. *Princess of Narathivas University Journal*, 9(3), 94-105. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Phichit, P. (2015). Quality of Life of the Elderly in Surat Thani Province. *Journal of Management Sciences*, 2(2), 157-178. (in Thai)
- Prutkankit, T. (2013). Community Context under the Semi-Urban, Semi-Rural Society. *The Far Eastern University*, 9(1), 7-15. (in Thai)
- Rattana, W. (2009). *Health Care Behavior and Social Support with Quality of Life Elderly, Elderly Club, Surat Thani Hospital*. [Thesis]. [Bangkok]. Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Rojanathamkul, N. (2020). *Nursing Care for Elderly: Physiology and Mental Health Aspect*. Bangkok; SKS Interprint Co., Ltd. (in Thai)
- Sanitluang, N., Sartpet, W., & Napaarak, Y. (2019). Sample Size Calculation Using G* POWER Program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*, 5(1), 496-507. (in Thai)
- Srisaard, B. (2012). *Research for Teacher*. Bangkok; Suveriyasan. (in Thai)
- Srithanee, K. (2017). Relationship Between Health Literacy and Quality of Life of Elderly in the Central Northeastern Region. *Public Health System Research Journal*, 11(1), 26-35. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th>. (in Thai)
- Suramitthree, B. (2013). *Health Literacy Study and Operational Situation to Enhance Health Literacy of Thai People to Support Access to the Asean Community*. (Online) Retrieved May 18, 2020, from <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/files/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>. (in Thai)
- Thongthammachat, N. (2014). Life in the Contemporary Condition of Urban Society. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(1), 1669-1687. (in Thai)
- United Nation. (2015). *World Populations Ageing*. Retrieved November 1, 2020, from https://www.un.org/en/development/desa/population/publication/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.
- Wichitaksorn, N. (2018). *Health Focus*. Retrieved November 1, 2020, from <https://www.hfocus.org/content/2018/01/15303>. (in Thai)