

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

Relationship between Personal Factors and Positive Psychology on Health Literacy among the Elderly People of the Mon Tribe in Thailand

เพ็ญศรี หงษ์พานิช, ประด., Pensri Hongpanich, Ph.D.^{1*}

¹อาจารย์สาขาการพยาบาลการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

¹Lecturer, Division of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University

*Corresponding Author: pensri@ptu.ac.th

Received: November 7, 2021

Revised: December 14, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวมอญ 232 คน คัดเลือกด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวกและแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ .86 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของจิตวิทยาเชิงบวกของผู้สูงอายุชาวมอญอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.70, 3.96, และ SD = .33, .37 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .45, p < .05) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (p = .062) จึงเสนอแนะให้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญผ่านการส่งเสริมให้จิตวิทยาเชิงบวก โดยให้ผู้สูงอายุหญิงเป็นตัวแทนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้ในความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุชาวมอญ

Abstract

This study is basically a survey that aims at determining the relationship between personal factors, positive psychology and health literacy among the elderly Mon people of Thailand. This survey was participated by 232 respondents who were chosen based on the Simple Random Sampling without Replacement Method. Data were collected by distributing a questionnaire (to determine personal factors such as: gender, marital status, occupation, monthly income, and existing disease); Positive Psychology Questionnaire (to determine how positive the respondents are in terms of their psychology); and Health Literacy Questionnaire (determine the level of health literacy of the research participants). The reliability of the last two instruments were at 0.86 and 0.89, respectively. The relationships of the variables were analyzed using the Pearson Product Moment Correlation and Chi-square.

The research results show that the mean scores of the respondents' health literacy and positive psychology are at a high level ($r = 3.70, 3.96$, and $SD = .33, .37$, respectively). Results also show that while personal factors appear to have no significant relationship to the participants' health literacy, computation between positive psychology and health literacy however shows otherwise. In fact, correlating the data on the said variables appear to be statistically significant at 0.05 level as r registers at 0.45 ($p < .05$). These results suggest that to develop health literacy among the Mon elderly, it may be sensible to start by promoting positive psychology among them.

Keywords: personal factors, positive psychology, Health Literacy, Mon elderly

ความเป็นมาของปัญหาการวิจัย

การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคนหรือร้อยละ 14.9 โดยจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2564 ภายหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging society (ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10) มาแล้วนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุรวมร้อยละ 10.72 (ชัชวาล วงศ์สารี, 2561) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายของผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมในระบบต่างๆปรากฏขึ้นและโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพต่างๆก็จะควบคุมยาก

ตามมาด้วย (Zugich et al, 2016) ผู้สูงอายุชาวมอญเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่อาศัยในที่ต่างๆ ของประเทศไทย รวมถึงชุมชนมอญ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้อพยพหนีภัยสงครามจากพม่าในอดีตเข้ามาอยู่ในเมืองไทยถาวรในปัจจุบัน (มานพ แก้วหยก, 2552)

ผู้วิจัยได้สำรวจจำนวนประชากรและศึกษานำร่องเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุชาวมอญ พบว่า ผู้สูงอายุชาวมอญอ่านฉลากยาที่เป็นภาษาไทยได้น้อย สื่อสารบอกเล่าปัญหาสุขภาพของตนเองได้ไม่ชัดเจน แยกแยะข้อมูลทางสุขภาพได้เล็กน้อย การสื่อสารโต้ตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องยังพบได้น้อย การคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับสุขภาพของ

ตนและการวางแผนสุขภาพยังพบได้น้อย เป็นต้น ส่วนด้านสุขภาพพบข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุชาวอมญ คือ ชุมชนอมญ จังหวัดปทุมธานีมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 580 คน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อเรื่องผี สิ่งศักดิ์สิทธิ์และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาอย่างเคร่งครัด การรับประทานอาหารมักจะรับประทานอาหารที่มีรสมันและหวาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเลี้ยงหลาน รับจ้างทั่วไป เข้าวัดฟังธรรมตามเทศกาล ไม่ค่อยออกกำลังกายที่เป็นกิจจะลักษณะและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยคนในครอบครัวจะดูแลกันเองก่อน (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี, 2563) ซึ่งปกติของผู้สูงอายุชาวอมญจะค้นหาความรู้ด้านสุขภาพจากการฟังข่าวสารทางโทรทัศน์ การอ่านหนังสือพิมพ์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพซึ่งกันและกันในกลุ่ม และที่สำคัญหากต้องตัดสินใจในสุขภาพผู้สูงอายุจะสอบถามความชัดเจนของความรู้จากลูกและหลานที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลเชิงลึก ดังนั้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวอมญควรเริ่มต้นจากการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาของสุวรรณ สุวรรณผล, และวลัยนารี พรหมลา. (2559). พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวอมญและการศึกษาของ ประไพพิศ สิงห์เสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจในสุขภาพตนเองและใช้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ เลือกใช้บริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ

(WHO, 1998) ออสบอร์นเนและคณะ (Osborne et al., 2013) ระบุว่าคนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะส่งผลให้อัตราการตายที่รวดเร็ว เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและใช้จ่ายในการรักษาสูง เพราะมีความรู้เรื่องโรคและดูแลสุขภาพตนเองต่ำ มีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำ ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 26-30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกคำนึงถึงความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของตน และเป็นจุดเริ่มต้นในการใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาออกแบบส่งเสริมสุขภาพในประชากรทุกช่วงวัย ในปี ค.ศ. 2000 นัทบีม (Nutbeam, 2000; 2008) ได้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพในมิติทักษะการอ่านและเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและการปฏิบัติตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพทักษะทางสังคมประกอบด้วย 3 ระดับ อาทิจั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์และขั้นการมีวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2008) ซึ่งการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพพบในหลายมิติ ต่อมาลิ่วและคณะ (Liu et al, 2020) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพโดยความหมายที่พบยังคงเดิมตามองค์การอนามัยโลกระบุไว้ข้างต้น ส่วนองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมี 3 มิติ อาทิต ความรู้เรื่องสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพ การประมวลผลและการใช้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และสุดท้ายคือความสามารถในการรักษาสุขภาพด้วยการจัดการตนเองและการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเกิดการเรียนรู้จนมีความรู้ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการดูแล

ตนเองที่ดีในภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน (Palumbo, 2017) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ พบว่า ระดับคะแนนรวมของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา1, กรรณิการัก กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำชนะ, และนงนภัทร รุ่งเนย, 2562; วรจรรยา มงคลดิษฐ์และคณะ, 2562) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเสี่ยงของการทำหน้าที่ของร่างกายและการรู้คิดที่ลดลง ยังต้องการความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงเพื่อใช้ในการแสวงหาข้อมูล เรียนรู้ข้อเท็จจริงในสารสนเทศทางสุขภาพ การตัดสินใจดูแลตนเองและสื่อสารสุขภาพกับผู้เกี่ยวข้อง (Vogt et al., 2019) จากการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (คะแนนอยู่ในช่วง 66.10-84.0 จาก 100 คะแนน) จึงจะสามารถสืบค้นข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพในอินเทอร์เน็ต อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือ เก็บสาระทางสุขภาพจากวิทยุโทรทัศน์ ถ้ามแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่นและสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพได้ตรงประเด็นรวมถึงตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย อาทิ ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Renani, Nourafkan, Fathimard, & Mazarei, 2020; Intarakamhang, & Macaskill, 2018; Yang et al, 2021; Sak, Rothenfluh, & Schulz, 2017) และมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al, 2018; Rothenfluh, & Schulz, 2017) ทั้งนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าผู้ที่มีอายุที่มากกว่า 65 ปีขึ้นไปมักจะมีปัญหาด้านความจำและการรู้คิดที่ลดลง

(Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014) ซึ่งมีผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง (Tiller, Herzog, Kluttig, & Haerting, 2015; Kobayashi et al., 2016) เพศ การศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าในช่วงอายุเดียวกันเพศหญิงสามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสุขภาพและสื่อสารสุขภาพกับทีมสุขภาพอย่างเพียงพอในระดับสูงกว่าเพศชาย (Yokokawa, Yuasa, Sanada, Hisaoka, & Fukuda, 2015) แต่การศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ยังพบว่าการมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส การมีอาชีพและเงินเดือนที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019)

จิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) เป็นประสบการณ์ที่เป็นภูมิหลังของบุคคลการพัฒนาในคุณค่าของบุคคลให้ล้นไหลตามการดำเนินกิจกรรมด้วยการมองโลกในแง่ดี การสร้างความหวังความหวัง และการทำให้ตนเองเกิดความสุขในการดำเนินชีวิต (Compton & Hoffman, 2019) จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al, 2018; Rothenfluh, & Schulz, 2017) ผู้วิจัยจึงความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

2. จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

นิยามศัพท์

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว

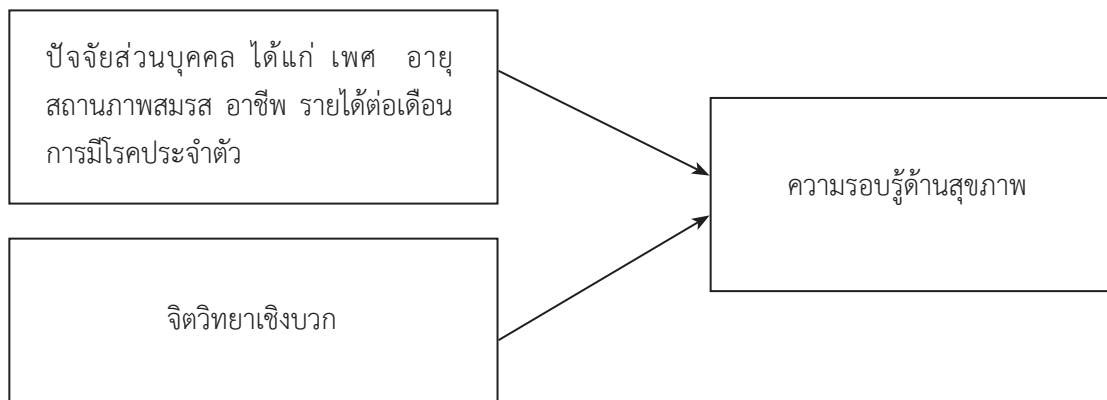
จิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีและความรู้สึกพอใจในตัวเองบุคคลที่รักสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 คุณลักษณะได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตน 2) ความหวัง 3) การมองโลกในแง่ดี 4) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และ 5) เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง

ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (อังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนาตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (อังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560) และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008; Liu et al, 2020) ผสมกับการทบทวนวรรณกรรม กล่าวคือจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Renani, Nourafkan, Fathimard, & Mazarei, 2020; Intarakamhang, & Macaskill, 2018; Yang et al, 2021; Sak, Rothenfluh, & Schulz, 2017) และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al, 2018; Rothenfluh, & Schulz, 2017) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส การมีอาชีพ และเงินเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014; Tiller, Herzog, Kluttig, & Haerting, 2015; Kobayashi et al., 2016; Yokokawa, Yuasa, Sanada, Hisaoka, & Fukuda, 2015; Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019.)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษารูปแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุชาวมอญ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 580 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชาวมอญ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากคำนวณและเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, & Morgan, 1970) ได้จำนวนทั้งสิ้น 231 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 20 (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, G, 2016) ผู้วิจัยนำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุมาพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การพูด การมองเห็น เข้าใจภาษาไทยได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก

แบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ทำให้ผู้ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว จะไม่มีโอกาสถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างอีก โดยผู้วิจัยทำการจับสลากจนได้ครบจำนวน 240 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตน ด้านความหวัง ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และด้านเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ รวมจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-5.00 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมากหมายถึง ปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยสุด (1 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-5.00 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

กำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามแนวคิดวิธีการแบ่งตามอัตราภาคชั้นกำหนดเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย (Best & Kaln, 2014) ดังนี้ ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.45 - 5.00 คะแนน) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.45 - 4.44 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.45 - 3.44 คะแนน) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.45 - 2.44 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 - 1.44 คะแนน)

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวก และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุชาวมอญที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ .86, และ .89

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 005/2564 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2564

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตผู้นำชุมชนมอญในการเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเข้าร่วมโครงการของผู้สูงอายุชาวมอญเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงการทำวิจัยก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลใดๆต่อการดูแลและการบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ โดยข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถามจะถูกรักษาไว้เป็นความลับทุกขั้นตอนและจะอภิปรายผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ชุดข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการวิจัย และรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 ด้วยการแจกแบบสอบถามทั้งหมด 240 ฉบับให้กับกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามได้รับการตอบที่สมบูรณ์และกลุ่มตัวอย่างส่งกลับคืนจำนวน 232 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.66

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อาทิ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติ ไคสแควร์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกและตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48.7) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 73.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 41.4)

ช่วงรายได้มากกว่า 20,001 บาท/เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 29.70) และไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด (ร้อยละ 36.20) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.40) เบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชาวมอญจำแนกตามระดับความคิดเห็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก (ดังตารางที่ 1)

2. ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชาวมอญจำแนกตามระดับความคิดเห็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพและ จิตวิทยาเชิงบวก (n = 232)

รายการ	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ระดับ
	1	2	3	4	5			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3 (1.30)	14 (6.02)	54 (23.27)	145 (62.50)	16 (6.91)	3.70	.33	มาก
จิตวิทยาเชิงบวก	0 (0.00)	7 (3.01)	36 (15.51/	160 (68.96)	29 (12.50)	3.96	.37	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการสื่อสาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.70, SD = .33) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกคำตอบ ‘มาก’ และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.92, 3.77, 3.62, 3.36 และ SD = .55, .63, .67, .80 ตามลำดับ) จำนวนมากที่สุด จำนวน 145 ราย คิดเป็นร้อยละ 62 3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเอง ชาวมอญ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (n = 232)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
เพศ			24.90	.027*
หญิง	145	62.50		
ชาย	87	37.50		
อายุ			60.92	.062
60 – 64 ปี	50	21.55		
65 – 69 ปี	113	48.70		
มากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	69	29.75		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
สถานภาพสมรส			82.48	.001*
โสด	35	15.08		
คู่	171	73.70		
หม้าย	16	6.89		
หย่าร้าง	10	4.33		
อาชีพ			271.48	.000*
ไม่ประกอบอาชีพ	96	41.37		
เกษตรกร	30	12.93		
รับจ้างทั่วไป	32	13.79		
รับราชการ	43	18.55		
ธุรกิจส่วนตัว	31	13.36		
รายได้ต่อเดือน (บาท)			144.88	.000*
น้อยกว่า 5000	19	8.19		
5000 – 10,000	22	9.48		
10,001-15,000	61	26.29		
15,001 – 20,000	61	26.29		
มากกว่า 20,000	69	29.75		
การมีโรคประจำตัว			161.04	.000*
มี	148	63.79		
ไม่มี	84	36.21		

Sig* < 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .027, .001,

.000, .000 และ .000 ตามลำดับ) ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (p = .062)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (n = 232)

ปัจจัยอิสระ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	P-value
จิตวิทยาเชิงบวก	.45	.026*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .027 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ เนื่องจากยึดมั่นในการเลี้ยงดูบิดามารดา ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีความใกล้ชิดกับคนในครอบครัว และมักจะถามข้อมูลสุขภาพจากบุตรหลาน บุตรหลานบางคนที่สามารถเข้าถึงระบบสารสนเทศออนไลน์จึงนิยมนำข้อมูลด้านสุขภาพแก่มารดาตน สอดคล้องกับ Nutbeam (2008) ที่ว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสามารถใช้วิธีการถาม พูดคุยและแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นที่มีความรู้ในสุขภาพด้านนั้นๆ ดังนั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุชาวมอญที่แลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพกับคนในครอบครัว จึงมีการรับรู้ในความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของโยโกกาวาและคณะ (Yokokawa et al, 2015) ที่พบว่า เพศหญิงสามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสุขภาพและสื่อสารสุขภาพกับทีมสุขภาพอย่างเพียงพอในระดับสูงกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 อาจเป็นเพราะตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 65 – 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48.7) รองลงมาคืออายุมากกว่า

70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 29.7) ซึ่งช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะมีความชุกของการถดถอยระดับการรู้คิดหรือสมองเสื่อมมากขึ้น (ชัชวาล วงศ์สารี, 2561) ดังนั้นอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีความสดของภาวะสมองเสื่อมแฝงอยู่จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญสอดคล้องกับการศึกษาของกัปไฮนส์และคณะ (Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014) พบว่า ผู้ที่มีอายุที่มากกว่า 65 ปีขึ้นไปมักจะมีปัญหาด้านความจำและการรู้คิดที่ลดลง ซึ่งมีผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลงตามมาด้วย (Tiller et al, 2015; Kobayashi et al., 2016)

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.70) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุชาวมอญอาศัยอยู่ร่วมกันแบบสามี-ภรรยาจะมีการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลคู่สมรสของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Nutbeam (2008) ที่ว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสามารถใช้วิธีการถาม พูดคุยและแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นที่มีความรู้ในสุขภาพด้านนั้นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.4) และรองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 15.50) การไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาว่างมากพอที่จะดูแลสุขภาพตนเอง มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ และการเกษียณอายุจากการรับราชการบ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความรู้มากพอที่จะเข้าถึงระบบสุขภาพและการบริการ มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีทักษะการจัดการตนเองที่ดีตามมาด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) ที่พบว่า คนที่ประกอบอาชีพหรือคนที่ใช้ความคิดเลือกสรรกิจกรรมการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบหลัก (ร้อยละ 29.70) เป็นผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,001 บาท/เดือน ซึ่งระดับรายได้ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุชาวมอญมีรายได้ต่อเดือนในจำนวนมากพอที่จะนำมาใช้จ่ายในการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพจากระบบสุขภาพของประเทศไทย อีกทั้งรายได้ข้างต้นยังสามารถเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีมารับประทานได้ รายได้มีจำนวนเพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุชาวมอญไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย จึงมีเวลามากพอที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกับนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ว่าผู้ที่มีการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพเพื่อนำความรู้นั้นมาวิเคราะห์จัดการภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น จึงน่าจะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้สูงอายุชาวมอญตามข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า การมีเงินเดือนที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.8) โดยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 22.40) ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อต้องควบคุมอาการด้วยยา ทั้งนี้ผู้สูงอายุชาวมอญต้องไปตรวจและรับยาตามนัดเป็นรอบๆ ทำให้ผู้สูงอายุชาวมอญได้รับความรู้จากการสอนสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ มีประสบการณ์ตรงในการเข้าใช้บริการในระบบสุขภาพ อีกทั้งผู้สูงอายุชาวมอญที่มีโรคประจำตัวยังตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงน่าจะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญสอดคล้องกับการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .45, p < .05$) อภิปรายว่า ผู้สูงอายุที่มีจิตวิทยาเชิงบวกจะเป็นผู้มองโลกในแง่ดี มีความหวังในการดำรงชีวิต มีความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตน มีความหย่นตัวและมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้ผู้สูงอายุชาวมอญแสดงพฤติกรรมการมีจิตวิทยาเชิงบวกด้วยการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมพูดคุยถึงวิธีการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมีการเตรียมรับความเสี่ยงรวมถึงการเผชิญปัญหาต่างๆ ใช้พลังเชิงบวกในการดำเนินชีวิตให้มีความสุข มีเชื่อว่าปัญหาทุกอย่าง

มีวิธีการที่สามารถแก้ไขได้ มองเห็นสิ่งดีๆ ในอนาคตแม้ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน มีจัดการชีวิตครอบครัวและชีวิตในการทำงานของตนเองให้มีความสุข มีความอดทนต่อความยากลำบากในการดำเนินชีวิตโดยเชื่อว่าเมื่ออุปสรรคผ่านพ้นไปชีวิตจะดีขึ้น สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้และพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวเพื่ออนาคตที่มั่นคง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวมอญสนใจในสุขภาพตนเอง และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของตนเองตามมา (อังศินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560) โดยนัทเบียม (Nutbeam, 2008) อธิบายแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีทักษะการอ่านและเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและการปฏิบัติตัวอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al.; Yang et al, 2021; Sak, Rothenfluh et al, 2017)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
จากผลการวิจัยจึงเสนอแนะให้พยาบาลพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญผ่านการส่งเสริมให้มีระดับจิตวิทยาเชิงบวกให้สูงขึ้น และผู้สูงอายุหญิง ข้าราชการเกษียณมาเป็นตัวแทนสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้ในความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง

2. การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ควมมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรู้และทักษะความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

เอกสารอ้างอิง

- ชัชวาล วงศ์สารี. (2561). สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์, *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(1), 47-58.
- สุวรรณ สุวรรณผล, และวลัยนารี พรหมลา. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวมอญ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 3(2), 67-78
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 30. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 11(1), 37 – 51.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา1, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำชนะ, และนงนภัทร รุ่งเนย. (2562). ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(ฉบับพิเศษ), 129-144.
- Compton, W. C., & Hoffman, E. (2019). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing*. Sage Publications.

- Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2018). Multi-group Causal Model of Health Literacy and Behaviors on Family Wellbeing among Thai Adults at Risk of Non-Communicable Diseases (NCDs). *Journal of research in health sciences*, 18(4), e00429.
- Kaphingst, K. A., Goodman, M. S., MacMillan, W. D., Carpenter, C. R., & Griffey, R. T. (2014). Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient education and counseling*, 95(2), 218-225.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., and Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: critical step for any clinical trials!. *Saudi J Anaesth*, 10(3), 328-331.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2), e000351.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 72-78.
- Osborne, S. P., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158.
- Palumbo, R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Service Management Research*, 30(4), 197-212.
- Renani, M. T. S., Nourafkan, F., Fathimard, F., & Mazarei, R. (2020). Relationship between Self-efficacy and mental health with health literacy in patients with diabetes in kazerun city, fars, Iran. *Journal of Community Health Research*, 9(4), 256-264.
- World Health Organization. (1998). *Improving health literacy*. [Online] Retrieved 3 November, 2021, from <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: a cross-sectional population-based study. *BMC geriatrics*, 17(1), 1-15.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. *BMC public health*, 15(1), 1-9.
- Vogt D, Schaeffer D and Berens E-M (2019). Health literacy in later phases of life: findings from Germany and other countries. In Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P and Sørensen K (eds), *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy Across the Lifespan*. Bristol, UK: Policy Press.

- Yang, B. X., Xia, L., Huang, R., Chen, P., Luo, D., Liu, Q., ... & Wang, X. Q. (2021) . Relationship between eHealth literacy and psychological status during COVID-19 pandemic: A survey of Chinese residents. *Journal of nursing management*, 29(4), 805-812.
- Yokokawa, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T., & Fukuda, H. (2015) . Age-and sex-specific impact of health literacy on healthy lifestyle characteristics among Japanese residents in a rural community. *Health*, 7(06), 679.
- Zugich, J.N., Goldman, D.P., Cohen, P.R., Cortese, D., Fontana, L., Kennedy, B.K. & Fain, M.J. (2016) . Preparing for an aging world: Engaging biogerontologists, geriatricians, and the society. *The Journals of Gerontology: Series A*, 71(4), 435-444.

