

การพัฒนาแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ* DEVELOPING A HEALTH COMMUNICATION MODEL TO ENHANCE THE ELDERLY'S QUALITY OF LIFE

วิลาวัลย์ ภูมิ^{1*}, ศศิธร อิศโร¹, อรวรรณ แซ่อึ้ง¹, พิชญญา พรหมพราย¹, จาตุรรัตน์ นาสม²

Wilawan Phumee^{1*}, Sasitorn Issaro¹, Orawan Saeung¹, Phitchayapha Primpray¹, Jaturat Nasom²

¹คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช นครศรีธรรมราช ประเทศไทย

¹Faculty of Industrial Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University, Nakhon Si Thammarat, Thailand

²ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช นครศรีธรรมราช ประเทศไทย

²Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat, Nakhon Si Thammarat, Thailand

*Corresponding author E-mail: wilawan_jin@nstru.ac.th

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช 2) สร้างรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช และ 3) ประเมินการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) โดยใช้แบบประเมินคัดกรองบาร์เรลเดอีแอล จำนวน 224 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอพรหมคีรี ท่าศาลา และเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) การวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ สภาพอารมณ์ที่ดี สภาพร่างกายที่ดี และสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความถี่สูงสุดผ่านสื่อสุขภาพ คือ เพื่อน ญาติ คนในครอบครัว รองลงมา คือ โทรทัศน์ และอื่น ๆ ได้แก่ อบรม. ผู้ใหญ่บ้าน ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้ประกอบด้วย การสื่อสาร การรณรงค์และสุขภาพ ผ่านรายบุคคล กลุ่มและสื่อมวลชน โดยให้ข้อมูลด้านสุขภาพ บริการสังคม สวัสดิการ บริการการแพทย์ และ 3) รูปแบบที่พัฒนาได้ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ, การสื่อสารสุขภาพ, การพัฒนา, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aimed to analyze elements contributed to the elderly's quality of life in Nakhon Si Thammarat. It was also designed to develop a health communication model to enhance the elderly's quality of life in Nakhon Si Thammarat and to evaluate the developed model was used. There were 224 participants in this study who were home bound: Homecare seniors.

Participants were purposively selected by adopting Barthel ADL Index. Participants' demographic was in Phrom Khiri District, Thasala, and Muang in Nakhon Si Thammarat. Research instruments consisted of the elderly's quality of life evaluation form, questionnaires on health and information perception, and a health communication model satisfaction form. The descriptive statistics employed for data analysis were mean, median, percentage, average and Standard of Deviation. The results showed that the overview of the elements contributed to the quality of life of the elderly was moderate. Personal interaction ranked the highest, followed by positive emotion, positive health condition, and favorable environment respectively. Frequencies for channels of information and health communication available to the elderly marked the highest from friends, relatives and family members, and followed by television, other sources such as Subdistrict Administrative Organization (SAO) or a Village Head Man accordingly. From the elderly participants' perspectives, the satisfaction on the information received from the caregivers was at a high level, and a health perception was at a moderate level. In addition, the health communication model developed in this study included different channels health communication, campaigns, social media, and stakeholders such as community health service units, community social welfare etc. The Health Communication Model to Enhance the Elderly's Quality of Life had been evaluated by five experts before implementing the model with the sample group. It was also found that the satisfaction level on the model was high, and it was suggested that this newly developed health communication model could be transferred to new groups of the elderly caregivers.

Keywords: Model, Health Communication, Development, Quality of Life, Elderly

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุข จากการสำรวจแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุระดับประเทศของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อ 50 ปีก่อนประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) คาดว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ทำให้คาดการณ์ว่าภายในปี 2568 จะก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุมีประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ผลการศึกษาปัญหาการเจ็บป่วยจากการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85 ที่สามารถดูแลตัวเองได้ และมีผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ติดบ้าน ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยเหลือเกือบร้อยละ 15 (ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย) หากมองถึงแนวโน้มเรื่องการเพิ่มประชากร ทั้งจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุในสังคมไทย อันเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นเดียวกับอีกหลายประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีขึ้นตามลำดับ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะส่งกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศ ซึ่งผลกระทบทั่วไปในระดับประเทศ เช่น 1) ด้านเศรษฐกิจ การมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีคนวัยทำงานลดลงทำให้มีแรงงานในการผลิตน้อยลง จึงมีการจ้างงานหรือนำเข้าแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นต้องมีการใช้เครื่องมือเครื่องจักรมากขึ้น จึงมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูงขึ้นส่งผลให้รายได้ประชาชาติ (GNP) น้อยลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) 2)

ด้านสังคม ปัจจุบันพบปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งหรือต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานที่อยู่ในวัยทำงานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และผลจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงขึ้น บุตรหลานในวัยทำงานจึงต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการดูแลบุตร (ชัยพัฒน์ พุฒิช้อน และกันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 หรือประมาณ 4.4 ล้านคนยังคงทำงาน และร้อยละ 43 ทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองหรือครอบครัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ส่งผลให้ผู้สูงอายุดังกล่าวมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง อาจนำไปสู่การแยกห่างจากสังคม และ3) ด้านระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากความสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความเปราะบางด้านสุขภาพและเกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพิง โดยจะพบสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (สุพรรณิ ใจดี และริพันธ์ุ สาสิทธิ์, 2560) ทำให้ประเทศจำเป็นต้องมีระบบรองรับในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โครงการทีมหมอครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นภารกิจสำคัญที่หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขซึ่งภารกิจดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการมาแล้วตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน รวมทั้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งนี้ เพราะคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงภาพรวมของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (ภัทรธิดา ผลงาม, 2561) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านด้วยกัน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะของผู้สูงอายุลดลง ขาดโอกาสในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนหรือรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ จึงทำให้นักคิดเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในความสนใจเพิ่มขึ้น การสื่อสารสุขภาพจึงเป็นกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้มารับบริการมีบทบาทของการดูแลสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้จึงเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ความตระหนักในการสร้างค่านิยมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เหมือนฝัน ไม่สูญผล, 2557)

“การสื่อสารสุขภาพ” มีพื้นฐานสำคัญมาจากศาสตร์ 2 แขนง คือ การสื่อสาร (Communication) และสาธารณสุข (Public Health) การสื่อสารนับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การตลาดเพื่อสังคม การเรียกร้องสิทธิ การสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการใช้สื่อใหม่ เป็นต้น ดังนั้น “การสื่อสารสุขภาพ” จึงเป็นสื่อกลางที่จะช่วยทำให้การสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางด้านสุขภาพนั้น เข้าใจได้ง่ายขึ้น ถูกต้อง และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี การสื่อสารเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งสารไปยังผู้รับสาร เพื่อที่จะให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ จึงจำเป็นที่จะต้องเลือกสื่อและผู้รับสารที่เหมาะสมกัน การสื่อสารจึงจะประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ เป็นเรื่องที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ ถ้าได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลา (วิสุทธิ รอดคำ, 2560)

จากความสำคัญของการสื่อสารสุขภาพดังกล่าว นำมาซึ่งความสนใจวิเคราะห์สร้างรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เป็นการจัดให้ผู้สูงอายุมีการเข้าสังคม หรือร่วมกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนหรือบ้านด้วยกลุ่มคนวัยเดียวกัน หรือการสนทนาด้วยวัยต่างกันในระยะเวลาที่กำหนด อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้น มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อันจะเป็นการลดภาระให้ครอบครัว สังคมในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ดังที่พระครูภักตปัญญาคณ (เวียง แซ่ฮ้อย) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นเรื่องเร่งด่วนที่รัฐควรเร่งรับในการดำเนินการ ซึ่งส่งต่อภาระงบประมาณของภาครัฐและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพื่อการจัดสวัสดิการทางสังคมของ

ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเงินเบี้ยยังชีพ การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม การบริการสาธารณะ หรือเงินสงเคราะห์ที่เกี่ยวกับงานศพ ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (พระครูภัทรปัญญาคุณ (เวียง แซ่ฮ้อย), 2560) หากไม่มีการดำเนินการใด ๆ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของไทยก็จะมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่จะศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่ควรป้องกันเพื่อความสำเร็จในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่แนวโน้มในปัจจุบันจะมีการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนหรือแหล่งที่ผู้สูงอายุอาศัยเป็นฐานในการพัฒนา ดังนั้น ประเด็นขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตจึงเป็นประโยชน์ต่อการสังเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากแนวคิดการสื่อสารสุขภาพมีประยุกต์ใช้มากขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวงกว้าง และในทุกระดับ เพื่อให้ได้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและนำไปขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชนและสังคมต่อไป อันจะเป็นการปูพื้นฐานของสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุที่ดีในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อสร้างรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อประเมินการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอ ท่าศาลา และอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการคัดกรองผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจากผู้สูงอายุปี 2560 (ต.ค. 59 - พ.ค. 60) จำนวน 383 คน (ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) จากการคัดกรองผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจากผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จากการสุ่มของยามาเนตดัดแปลงใช้ในการคิดคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยประชากร 300 - 400 คน ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 224 คน ได้แก่ อำเภอพรหมคีรี จำนวน 69 คน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จำนวน 75 คน และอำเภอท่าศาลา จำนวน 80 คน ทั้งนี้ ได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์และนำมากำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประเมินรูปแบบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง รักษาการในนายแพทย์เชี่ยวชาญ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อาจารย์ประจำหลักสูตรนิเทศศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 83 ข้อ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 - 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคทั้งฉบับเท่ากับ 0.903

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีจำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพ

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สุทธิพงศ์ บุญผดุง ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 83 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ และลักษณะคำถามศึกษาตามแบบลิเคิร์ต (Likert Type Question) โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 - 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัทท์ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.944 และรายด้านแต่ละด้าน เท่ากับ 0.892 0.914 0.942 0.923 0.906 และ 0.959 ตามลำดับ (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554)

3. รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การสร้างรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งใช้วิธีการสังเคราะห์ประเด็นจากการศึกษาสภาพและวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นำมาสร้างรูปแบบการสื่อสารสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rovinelli, R. J. & Hambleton, R. K. ในการหาค่าความเที่ยงตรงรายข้อของแบบทดสอบโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณา (Rovinelli, R. J. & Hambleton, R. K., 1977) จากนั้น นำรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ รวม 5 ท่าน ดังนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง วิชาการในนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ประจำหลักสูตรนิเทศศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 2 ท่าน

ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด

และได้กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

- 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด
- 3.50 - 4.49 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมาก
- 2.50 - 3.49 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง
- 1.50 - 2.49 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อย
- 1.00 - 1.49 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด

4. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ นำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำผลจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณแต่ละข้อเพื่อหาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) ถ้าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 - 1.00 ถือว่าข้อคำถามนั้นใช้ได้ แต่ถ้าดัชนีของข้อคำถามน้อยกว่า 0.50 ต้องนำมาปรับปรุง เพื่อให้ได้ครบตามจำนวนที่ต้องการ สำหรับค่า IOC ของข้อ คำถามที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบในงานวิจัยนี้ มีค่าตั้งแต่ 0.80 - 1.00 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ โดยกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

5 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

1 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

และได้กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

****หมายเหตุ:** เครื่องมือการวิจัยไม่ได้ขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เนื่องจากโครงสร้างการวิจัยมีความเสี่ยงเล็กน้อย หรือมีความเสี่ยงไม่เกินความเสี่ยงต่ำต่ออาสาสมัครหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยในกระบวนการวิจัยไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาสาสมัครหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ความถี่ และร้อยละ
2. ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนนำมาจัดทำรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบและศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมและเป็นรายด้านโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมได้มีการกลับคะแนน (Rescore) ข้อคำถามเชิงนิเสธก่อนที่จะหาค่าเฉลี่ยภาพรวมรายด้าน และภาพรวมของทุกด้าน ซึ่งกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยและการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตดังต่อไปนี้

ในกรณีที่ เป็นข้อคำถามเชิงนิเสธ จะใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ในการแปลผลระดับคุณภาพชีวิต

ค่าเฉลี่ย (Mean)	การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต
2.76 - 3.00	มาก
2.26 - 2.75	ค่อนข้างมาก
1.76 - 2.25	ปานกลาง
1.26 - 1.75	ค่อนข้างน้อย
1.00 - 1.25	น้อย

ในกรณีที่ เป็นข้อคำถามเชิงนิเสธ จะใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ในการแปลผลระดับคุณภาพชีวิต

ค่าเฉลี่ย (Mean)	การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต
1.00 - 1.25	มาก
1.26 - 1.75	ค่อนข้างมาก
1.76 - 2.25	ปานกลาง
2.26 - 2.75	ค่อนข้างน้อย
2.76 - 3.00	น้อย

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 224 คน พบว่า สภาพข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุ จำนวน 224 คน มีเพศชาย 74 คน เพศหญิง 150 คน มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 90 ปีขึ้นไป โดยมีผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60 - 63 ปี มีจำนวน 6 คน ช่วงอายุ 64 - 67 ปี มีจำนวน 15 คน ช่วงอายุ 68 - 71 ปี มีจำนวน 15 คน ช่วงอายุ 72 - 75 ปี มีจำนวน 29 คน ช่วงอายุ 76 - 89 ปี มีจำนวน 120 คน และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป มีจำนวน 39 คน และมีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ สถานภาพส่วนใหญ่เป็นหม้าย การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนมาก รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม และการวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอเมือง และ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 224 คน สรุปผลการศึกษาในภาพรวมได้ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอเมือง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	เขตอำเภอ	\bar{X}	S.D.	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต	อันดับ
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	พรหมคีรี	1.97	.26	ปานกลาง	2
	เมือง	2.08	.36	ปานกลาง	
	ท่าศาลา	2.13	.52	ปานกลาง	
	รวม	2.07	.40	ปานกลาง	
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	พรหมคีรี	2.03	.46	ปานกลาง	1
	เมือง	2.14	.42	ปานกลาง	
	ท่าศาลา	2.12	.39	ปานกลาง	
	รวม	2.10	.42	ปานกลาง	
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	พรหมคีรี	1.56	.31	ค่อนข้างน้อย	6
	เมือง	1.65	.55	ค่อนข้างน้อย	
	ท่าศาลา	1.56	.42	ค่อนข้างน้อย	
	รวม	1.59	.44	ค่อนข้างน้อย	
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	พรหมคีรี	1.77	.22	ปานกลาง	4
	เมือง	1.86	.31	ปานกลาง	
	ท่าศาลา	1.78	.32	ปานกลาง	
	รวม	1.80	.29	ปานกลาง	
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	พรหมคีรี	1.87	.26	ปานกลาง	3
	เมือง	2.13	.37	ปานกลาง	
	ท่าศาลา	1.93	.38	ปานกลาง	
	รวม	1.98	.36	ปานกลาง	
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	พรหมคีรี	1.62	.29	ค่อนข้างน้อย	5
	เมือง	1.86	.47	ปานกลาง	
	ท่าศาลา	1.73	.42	ค่อนข้างน้อย	
	รวม	1.74	.41	ค่อนข้างน้อย	
ภาพรวม		1.88	.29	ปานกลาง	

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรายด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นด้านที่สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี และสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ตามลำดับ สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรายด้านที่อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านการรวมกลุ่มทางสังคม แต่ถ้าวิจารณาตามระดับค่าเฉลี่ย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคมจะมีระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ

การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอเมือง และอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 224 คน สรุปผลดังต่อไปนี้

1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและข้อมูลข่าวสารและของผู้สูงอายุ ในภาพรวมสูงสุดที่ภาวะสุขภาพปานกลาง รองลงมา สุขภาพแย่มาก และสุขภาพดี ตามลำดับ เมื่อให้เปรียบเทียบสุขภาพตนเองกับผู้อื่น พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเท่ากับ รองลงมาคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีกว่า และสุขภาพด้อยกว่า เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเดินไม่ได้ ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกายด้านความสามารถในการมองเห็น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นไม่ชัด มัว รองลงมาเห็นชัดเจน ส่วนความสามารถในการได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ยินไม่ชัด รองลงมาได้ยินชัดเจน และไม่ได้ยิน ตามลำดับ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องช่วยเหลือ รองลงมาใช้ไม้เท้า และใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ตามลำดับ

1.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของผู้สูงอายุจากสื่อ ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพความถี่สูงสุดจากเพื่อน ญาติ คนในครอบครัว รองลงมา โทรทัศน์ เคเบิลทีวี วิทยุ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และคนในชุมชน พระ ครู ประชาชนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามลำดับ และความถี่รองลงมามากที่สุดจากสื่อหนังสือพิมพ์ และความถี่น้อยที่สุดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข) วิทยุชุมชน และแผ่นพับ ใบปลิว ตามลำดับ และผลการสำรวจพบว่า สื่อที่ผู้สูงอายุไม่เคยได้รับข้อมูลสูงสุด ได้แก่ สื่ออินเทอร์เน็ต

2. การสร้างรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้มาจากการสังเคราะห์ประเด็นจากการศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร พร้อมทั้งใช้การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเข้ามาสังเคราะห์ เชื่อมโยงให้เกิดลักษณะที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด โดยพิจารณาลักษณะบริบท ศักยภาพของชุมชน ท้องถิ่นเข้ามาเสริมสร้างให้แนวทางการ พัฒนาสู่การปฏิบัติได้ จากนั้นนำมาสร้างรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ รวม 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านเหมาะสมของรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.56) ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับสูงสุด 4 อันดับ คือ ด้านเนื้อหาสาระ ($\bar{X} = 4.80$, S.D. = 0.45) ด้านช่องทางสื่อ ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.55) ด้านผู้รับสาร ($\bar{X} = 4.80$, S.D. = 0.45) และด้านการนำรูปแบบไปใช้ ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.55) ตามลำดับ

3. การประเมินการใช้รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น ได้จากการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอเมือง และอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 5 คน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินอีกครั้ง ได้รูปแบบดังภาพที่ 1 รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อธิบายองค์ประกอบรูปแบบ ดังนี้

3.1 ผู้ส่งสาร ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ สื่อมวลชน บุคคล กลุ่มผู้สูงอายุ

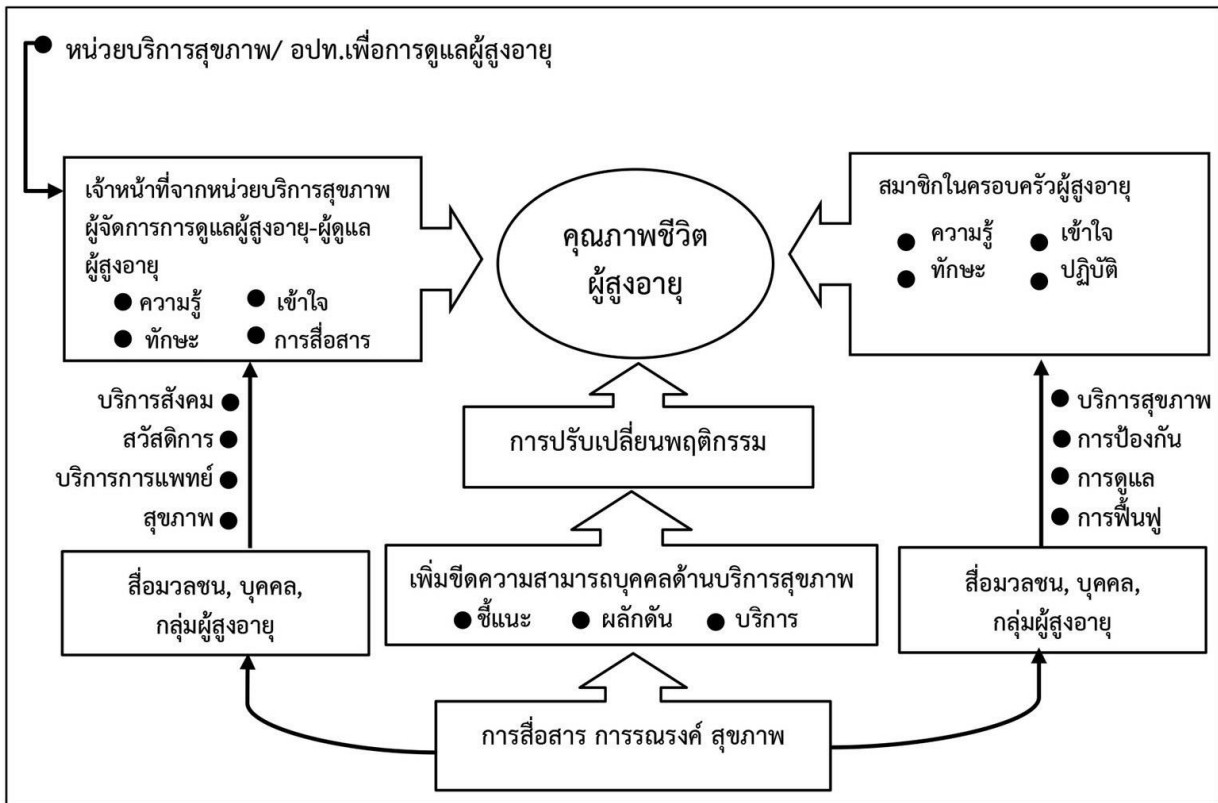
3.2 เนื้อหาของสาร ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านการบริการสุขภาพ การป้องกัน การดูแล การฟื้นฟู บริการสังคม สวัสดิการ บริการการแพทย์ และสุขภาพ

3.3 ช่องทางสื่อ สื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การบอกต่อ (ปากต่อปาก) หอกระจายข่าว โทรทัศน์ วิทยุชุมชน การใช้คลิป์วิดีโอ ภาพอินโฟกราฟิก วิดีทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ ภาพนิ่ง ข้อความ ส่วนการใช้สื่อใหม่ประเภทโซเชียลมีเดีย (Social Media) ในโทรศัพท์มือถือเลือกใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารอยู่เป็นประจำสำหรับผู้จัดการดูแลและผู้สูงอายุกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way-communication) ได้แก่ การใช้โปรแกรมประยุกต์ไลน์ (Line) และเฟซบุ๊ก (Facebook) และใช้อินเทอร์เน็ตในกลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ

3.4 ผู้รับสาร หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือมวลชนที่รับเรื่องราวข่าวสารจากผู้ส่งสาร และแสดงปฏิกิริยาตอบกลับ (Feedback) ต่อผู้ส่งสารหรือส่งสารต่อไปถึงผู้รับสารคนอื่น ๆ ตามจุดมุ่งหมายของผู้ส่งสาร

3.5 กระบวนการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย จุดประสงค์ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้ - การรับรู้ ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลกับผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ ผลที่เกิดขึ้นจากการสื่อสาร ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารแบ่งได้เป็นทางร่างกายและทางจิตใจ

3.6 ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม กระบวนการสื่อสารให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ เข้าใจระบบสังคมและขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมของผู้รับสาร ข้อบังคับทางศาสนา ประเพณีท้องถิ่นที่ยึดถือปฏิบัติ



ภาพที่ 1 รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เขตอำเภอยะหริ่ง อำเภอเมือง และอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 100 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 40 คน

รวมทั้งสิ้น 150 คน โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาเป็นร้อยละของประชากรที่ต้องการศึกษา คือ จำนวนประชากรเป็นจำนวนหลักร้อย ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 สามารถสรุปผลการศึกษาดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอเมือง และอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 150)

รายละเอียด	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านผู้ส่งสารให้ข้อมูลตรงตามที่ท่านต้องการ หรือตรงตามประเด็นปัญหา	4.55	0.73	มากที่สุด
2. ด้านเนื้อหาสาระที่ท่านได้รับมีความน่าสนใจ โน้มน้าวอยากให้ปฏิบัติตาม	4.37	0.78	มาก
3. ทุกครั้งที่ท่านรับข่าวสารจากการสื่อสารสุขภาพ ภาษามีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.49	0.81	มาก
4. ช่องทางสื่อ/สื่อที่ใช้ มีความสะดวก เข้าใจง่าย และรวดเร็ว	4.44	0.90	มาก
5. ท่านได้ใช้ช่องทางในการติดต่อสื่อสารที่จัดหาไว้ให้ได้อย่างสม่ำเสมอ	4.63	0.77	มากที่สุด
6. ความสามารถเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารได้ง่าย	4.47	0.83	มากที่สุด
7. ด้านกระบวนการการสื่อสารสุขภาพ	4.59	0.72	มากที่สุด
8. ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับจากผู้ส่งสารตรงตามความคาดหวังของท่าน	4.45	0.92	มาก
9. ผู้ส่งสารให้ความเป็นกันเองกับท่าน สามารถปรึกษาได้ทุกเรื่อง	4.49	0.74	มากที่สุด
10. ระดับความพึงพอใจโดยรวมของท่านต่อรูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่พัฒนาขึ้น	4.45	0.90	มาก
รวม	4.49	0.96	มาก

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอเมือง และอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.96) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด 4 อันดับ คือ ด้านผู้ส่งสารให้ข้อมูลตรงตามที่ท่านต้องการ หรือตรงตามประเด็นปัญหา ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.73) ท่านได้ใช้ช่องทางในการติดต่อสื่อสารที่จัดหาไว้ให้ได้อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.77) ด้านกระบวนการการสื่อสารสุขภาพ ($\bar{X} = 4.59$, S.D. = 0.72) และผู้ส่งสารให้ความเป็นกันเองกับท่าน สามารถปรึกษาได้ทุกเรื่อง ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.74) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุที่ศึกษา จำนวน 224 คน มีเพศชาย 74 คน เพศหญิง 150 คน มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 90 ปีขึ้นไป โดยมีผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60 - 63 ปี มีจำนวน 6 คน ช่วงอายุ 64 - 67 ปี มีจำนวน 15 คน ช่วงอายุ 68 - 71 ปี มีจำนวน 15 คน ช่วงอายุ 72 - 75 ปี มีจำนวน 29 คน ช่วงอายุ 76 - 89 ปี มีจำนวน 120 คน และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป มีจำนวน 39 คน และมีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ สถานภาพส่วนใหญ่เป็นหม้าย การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางและเป็นด้านที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ จากการศึกษา อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มิตรสหายและเพื่อนบ้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนใน

ครอบครัว มีการพบปะหรือร่วมกิจกรรมกับมิตรสหายและเพื่อนบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา, 2560) ดังนั้น แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุควรเน้นการสร้าง ความเข้าใจให้ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว เข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในความดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสูงวัยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม นำมาซึ่งความสุขของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมพบปะเพื่อนมิตรสหาย กิจกรรมการท่องเที่ยวกับกลุ่มเพื่อน ๆ รวมถึงกิจกรรมของชุมชน คุณภาพชีวิตด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 2 (กลุ่มติดบ้าน) สอดคล้องกับ กลุ่มพัฒนา อสม. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่ม ที่ 2 ติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือไปห้องน้ำ จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นการรวมกลุ่มทางสังคม และการตัดสินใจด้วยตนเองได้ ดังนั้น แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ ควรที่จะเน้นการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนโดยสื่อสารผ่านผู้นำชุมชน หรือโรงเรียนในชุมชนเพื่อสร้างความผูกพันกับถิ่นฐานหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ การสนับสนุนส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เข้ารับตำแหน่งกรรมการ สถานศึกษาหรือชุมชน

การรับรู้ภาวะสุขภาพและข้อมูลข่าวสารและของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง รองลงมา สุขภาพแย่มาก และสุขภาพดี ตามลำดับ เมื่อให้เปรียบเทียบสุขภาพตนเองกับผู้อื่น พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเท่ากับ รองลงมาคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีกว่า และสุขภาพด้อยกว่า เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเดินไม่ได้ ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกายด้านความสามารถในการมองเห็น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นไม่ชัด มัว รองลงมาเห็นชัดเจน ส่วนความสามารถในการได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ยินไม่ชัด รองลงมาได้ยินชัดเจน และไม่ได้ยิน ตามลำดับ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องช่วยเหลือ รองลงมาใช้ไม้เท้า และใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ตามลำดับเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 59.38 ซึ่งมีความเสื่อมทางร่างกาย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บ้าง บางกิจกรรมอาจต้องการความช่วยเหลือ แต่สำหรับผู้สูงอายุอีกเกือบครึ่งที่มีโรคประจำตัวแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี รวมถึงช่วยดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัวได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังมีภาวะสุขภาพที่ดี ถึงแม้ว่าจะมีความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยที่มากขึ้นหรือมีโรคประจำตัวก็ตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ออมสิน ศิลสังวรและคณะ ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือคนอื่นในสังคมได้ (67.27%) สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตของตนเอง และสามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ได้ จะทำให้มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (อมสิน ศิลสังวร และคณะ, 2557) สอดคล้องกับ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สรุปผลการสำรวจของการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยรวม ในระหว่าง 7 วันก่อนสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ประเมินตนเองว่า มีสุขภาพดีมาก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพดี มีร้อยละ 42.7 และสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 41.6 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ มีร้อยละ 10.7 และ 1.7 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุชาย ประเมินสุขภาพสอดคล้องกับ

ภาพรวม ส่วนผู้สูงอายุหญิง ประเมินสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 44.4) มากกว่า สุขภาพดี (ร้อยละ 39.5) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

การพัฒนา รูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินงานโดยมีการ บูรณาการ เรื่องการสื่อสารสุขภาพ ให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการกำหนดประเด็นเนื้อหาข้อมูลที่จะสื่อสาร โดยใช้ช่องทางสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ถึงกลุ่มเป้าหมายของการสื่อสารซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ติดบ้าน โดยแบ่งกลุ่มผู้ส่งสารออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง ได้แก่ ผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โดยจะใช้โปรแกรมประยุกต์ไลน์ในการติดต่อเพื่อความรวดเร็วในการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ หรือแจ้งปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นทันที และระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุจะใช้ช่องทางสื่ออื่น ๆ อีกทั้งต้องใช้กระบวนการของการสื่อสารเข้าไปเกี่ยวข้องกับรูปแบบ และประเด็นเรื่องสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลความรู้ นั้นต้องดำเนินการควบคู่กันไป คือ ใช้สื่อมวลชนทุกประเภทในการให้ข้อมูลข่าวสาร (Public Information) และสื่อบุคคลหรือสื่อชุมชนในการให้ข้อมูลความรู้ (Public education)

สรุปและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอ ท่าศาลา และอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่เก็บได้จากผู้สูงอายุยังไม่มี ความหลากหลาย หรือไม่มีความเป็นวิวิธพันธ์ (Heterogeneous) มากนัก ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมนั้น ควรนำแนวทางการมีส่วนร่วมหรือศักยภาพของสถานศึกษา/โรงเรียนในชุมชนเข้ามา มีบทบาท หรือเป็นฐานในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อจะได้สอดคล้องกับ บริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ศึกษา เฉพาะผู้สูงอายุ จำนวน 224 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตอำเภอพรหมคีรี อำเภอท่าศาลา และอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนั้น ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ อาจมีความแตกต่างจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีจำนวนแตกต่างจากนี้ หรือพื้นที่ที่แตกต่าง จากนี้ ซึ่งอาจมีผลให้การพัฒนา รูปแบบการสื่อสารสุขภาพแตกต่างออกไป ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ มีดังนี้ 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด นครศรีธรรมราช ควรสนับสนุนในการนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุซึ่งอาจผ่านตัวแทนชุมชน กรรมการชุมชน หรือโรงเรียนในชุมชน ไปสู่การปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนหรือท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2) หน่วยงานภาครัฐระดับเขต ระดับตำบล ควร เตรียมการให้ความรู้ ความเข้าใจ กับผู้อาศัยในชุมชนหรือท้องถิ่นที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป เพื่อเตรียมความพร้อม ให้กับผู้อาศัยในชุมชน ท้องถิ่นเหล่านั้นเกิดความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ 3) หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลควรสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับชุมชนในสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ มีการสร้างความเข้าใจให้กับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เข้าใจ ในธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ 1) ควรมีการศึกษาผล การนำรูปแบบสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปทดลองใช้ในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อจะได้นำมาปรับปรุง หรือเสริมแนวทางการพัฒนาดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป 2) ควรมีการศึกษาปัจจัยในการสื่อสารสุขภาพ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หรือ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของชาติ เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุต่อไป 3) ควรมีการศึกษาหารูปแบบการสื่อสาร สุขภาพหรือการจัดทำกลยุทธ์ในการสื่อสารสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยการ สัมภาษณ์ การจัดสนทนากลุ่มกับ ผู้สูงอายุ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง

เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และจัดทำแนวทางการสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อการนำไปใช้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนงานวิจัยจากเงินงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

เอกสารอ้างอิง

- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา. (2560). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมนักวิจัย, 22(1), 81-97.
- ชัยพัฒน์ พุฒิช้อน และกนต์พัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 1(1), 25-36.
- พระครูภัทรปัญญาคุณ (เวียง แซ่อู่ย). (2560). การศึกษาความต้องการได้รับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. ใน วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ภัทรธิดา ผลงาม. (2561). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเลย. วารสารประชากรศาสตร์, 34(2), 56-75.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิสุทธิ รอดคำ. (2560). สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลโรงช้าง อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสุขภาพศึกษาและสื่อสารสุขภาพ, 3(1), 6-17.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุทธิพงษ์ บุญผดุง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1). ใน รายงานการวิจัยทุนอุดหนุนการวิจัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สุพรรณิ ใจดี และริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2560). การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 117-135.
- เหมือนฝัน ไม่สูญผล. (2557). กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย. ใน วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
- อมสิน ศิลสังวรรณ และคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลและสุขภาพ, 8(3), 80-91.
- Rovinelli, R. J. & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research, 1(2), 49-60.