

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ปัจจุบันภาวะประชากรของประเทศไทยเข้าสู่ยุคที่เรียกว่า “ภาวะสังคมผู้สูงอายุ” ผลที่เกิดขึ้นมิได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้านประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ โดยเฉพาะผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลต่อผู้สูงอายุเอง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศ กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุในบ้านมีการเจ็บป่วย สมาชิกในบ้านต้องช่วยกันดูแล เกิดการหยุดงาน ส่งผลทั้งครอบครัวและประเทศได้ ด้วยเหตุนี้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่กระทบต่อปัญหา ด้านอื่นๆ อย่างมาก ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับสุขภาพผู้สูงอายุ ดังเห็นได้จากกำหนดแผนและนโยบายต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมสำหรับการดูแลและคุ้มครองผู้สูงอายุ ตามแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการดูแลและการคุ้มครองผู้สูงอายุ มีมาตรการสำคัญคือการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการดูแลตนเองด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยมีนัยความสำคัญของแผนฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนของสังคมนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในเรื่องการจัดบริการและการส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเองได้ และกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังเห็นได้จากโครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น สำหรับประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากการคาดการณ์ประชากรไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2568 และ พ.ศ. 2576 ผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.8 เป็น 25.0 แสดงให้เห็นว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วมาก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยได้เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุหรือภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) นอกจากกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่แล้วในขณะเดียวกันอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าอัตราส่วนการเป็นภาระของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราส่วนร้อยละ 26.6 ซึ่งจะเพิ่มถึงร้อยละ 40.9 ในปี พ.ศ. 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

การดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่เดิมใช้กระบวนการสุศึกษาเป็นหลัก ภายหลังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ มีปัจจัยและรูปแบบเปลี่ยนแปลงไป การนำกระบวนการสุศึกษามาใช้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จึงมีการนำแนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการต่างๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยแนวคิดเกี่ยวกับ Health Literacy หรือความแตกฉานด้านสุขภาพ หรือความฉลาดด้านสุขภาพ หรือความรู้ด้านสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในชุมชน เข้ามามีบทบาทต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเด่นชัด กล่าวคือ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับความแตกฉานด้านสุขภาพ โดยได้กำหนดนิยามของ Health Literacy ว่าหมายถึงทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการดำเนินการ การทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ (WHO อ้างใน Josephine M. Mancuso.,2009) ความหมายสะท้อนให้เห็นถึงระดับความรู้ ทักษะ และความมั่นใจส่วนบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และ Health Literacy เป็นปัจจัยหลักเพื่อการพัฒนาสุขภาพที่กำหนดอยู่ในกรอบนโยบายสุขภาพของประเทศสมาชิกในยุโรปและเป็นเป้าหมายและวิธีการที่มุ่งสู่ปี ค.ศ. 2020 ซึ่งกลยุทธ์การดำเนินการต้องสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการและมอบอำนาจการตัดสินใจทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน องค์กรต่างๆ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต้องปรับวิธีการทำงาน โดยเป็นผู้นำเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้เกิดกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งระบบ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพคนไทย, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าการมีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น อัตราความเสี่ยงที่มากขึ้นต่อการนอนโรงพยาบาลและอัตราการป่วยซ้ำ (Mitchell SE, Sadikova E, Jack BW, Paasche-Orlow, MK, 2012) การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย (Chen JZ, Hsu HC, Tung HJ, Pan LY., 2013) และผลลัพธ์โดยรวมด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK., 2009) ในต่างประเทศมีการศึกษารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพที่ได้รับการกล่าวอ้างอย่างกว้างขวาง ได้แก่ แบบจำลอง “Nutbeam's Health Literacy Model” ของดอน นัทบีม (Nutbeam, D., 2000) ที่กล่าวถึงความแตกฉานด้านสุขภาพใน 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (functional literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (critical literacy) สำหรับประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญกับเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพเช่นกัน เห็นได้จากในปัจจุบันมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.227$ ,  $P\text{-value} = < 0.001$ ) (อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2559) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 68.2 เมื่อ

ทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส ( $\chi^2 = 7.59$ ;  $p < .05$ ) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.462$ ;  $p < .01$ ) ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลในการเลือกให้ข้อมูลสุขภาพตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความแตกฉานด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับปัญหาสุขภาพต่างๆ สำหรับการศึกษารูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพนั้นยังมีการศึกษาไม่มาก ประกอบกับมีผลการศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ ที่พบว่าผู้สูงอายุยังมีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำในบางประเด็น ดังเห็นได้จากรายงานโครงการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมื่อศรีโค อำเภอรินคำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีความแตกฉานทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุดคือ ด้านการใช้สมุนไพร และอาหารเสริม (7.44 คะแนน) ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (7.66 คะแนน) และด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (7.99 คะแนน) ซึ่งผลการวิจัยนี้กล่าวโดยสรุปคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่สูง แต่ยังมีบางประเด็นที่ผู้สูงอายุยังขาดทักษะความรู้ และความเข้าใจด้านสุขภาพที่จะจัดการประเด็นสุขภาพดังกล่าว เช่น เรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ และผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพคนไทย, 2558) จากการศึกษาดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับต่ำในบางด้าน ประกอบกับการมีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในคุณลักษณะต่างๆ ตามบริบทของชุมชน อีกทั้งในอดีตแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุมุ่งเน้นการดำเนินงานในเชิงรับตามสถานบริการด้านสาธารณสุข การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นหน้าที่หลักของสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลต่างๆ แต่ในปัจจุบันสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ตลอดจนชุมชน หน่วยงานภาครัฐ มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงาน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าในยุโรปมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเริ่มสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การบริการ และข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยรวม ผลการศึกษพบว่า การใช้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานของชุมชนไม่เพียงแต่จะมีความสำคัญต่อทักษะของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคลและชุมชน รวมทั้งความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนด้านสุขภาพอื่นๆ (Liesbeth de

Wit, 2014) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความสัมพันธ์กับสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (นรินทร์ หมื่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์, 2557) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (จริญญา วงษ์พรหมและคณะ, 2558) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพลและคณะ, 2557) ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดสำคัญในการพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในจังหวัดราชบุรี เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) กลุ่มตัวอย่างคือประชากรในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันจะมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน เช่น การมีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะองค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในองค์ประกอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงเห็นว่าพื้นที่ในจังหวัดราชบุรี มีการศึกษาวิจัยในเบื้องต้นซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ทำให้ทราบบริบทของชุมชนและความแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองคืออำเภอโพธาราม เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีความเหมาะสมเรื่องบริบทของพื้นที่ดำเนินการ โดยชุมชนมีลักษณะเป็นชุมชนเข้มแข็ง กล่าวคือสมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ คนในชุมชนให้ความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองและชุมชน และมีผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคคลสูงอายุที่คนในชุมชนให้ความเชื่อถือไว้วางใจเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุด้วย ประกอบกับชมรมผู้สูงอายุอำเภอโพธารามมีการจัดกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่ดังกล่าวในการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดราชบุรี

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาคุณลักษณะความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.2 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของชุมชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ



- 2.3 เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.4 เพื่อทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.5 เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.6 เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

### 3. สมมติฐานการวิจัย

ไม่มี

### 4. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

**ลักษณะความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ** หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามคุณลักษณะสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ

**การมีส่วนร่วมของชุมชน** หมายถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และชุมชน โดยครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด กล่าวคือเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุและทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุหรือมีเวลาอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลอื่นในครัวเรือนเดียวกับ และคนในชุมชน หมายถึง ชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน นักสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วมใน 4 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

**รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ** หมายถึง กระบวนการศึกษาหรือขั้นตอนที่ใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพใน 6 ด้าน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการศึกษานี้แบ่งการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจคุณลักษณะความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหา และบริบทของชุมชนที่ส่งเสริมและอุปสรรคต่อการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่

4 การดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และขั้นตอนที่ 5 การประเมินรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

**การประเมินรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ** หมายถึง การประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ (1) คุณลักษณะความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (2) สภาพปัญหา และบริบทของชุมชน ที่ส่งผลต่อการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (3) ผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และ (4) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 5. ขอบเขตของการวิจัย

1) รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบวิธีผสมผสาน (Mixed Methods) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment) โดยการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเฉพาะในกลุ่มทดลอง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม และประเมินผลก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ

2) การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินคุณลักษณะผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ

3) การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการในการกำหนดรูปแบบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และชุมชน ใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (3) การมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

4) รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยการทำงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจคุณลักษณะความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหา และบริบทของชุมชนที่ส่งเสริมและอุปสรรคต่อการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 3 กำหนดรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และขั้นตอนที่ 5 การประเมินรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

5) พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ จังหวัดราชบุรี

6) ประชากรที่ใช้ศึกษา หมายถึง ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ในจังหวัดราชบุรี ครอบครัว คือ บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุหรือดูแลผู้สูงอายุ

และคนในชุมชน คือ บุคคลที่มีบทบาทสำคัญด้านผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน นักสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

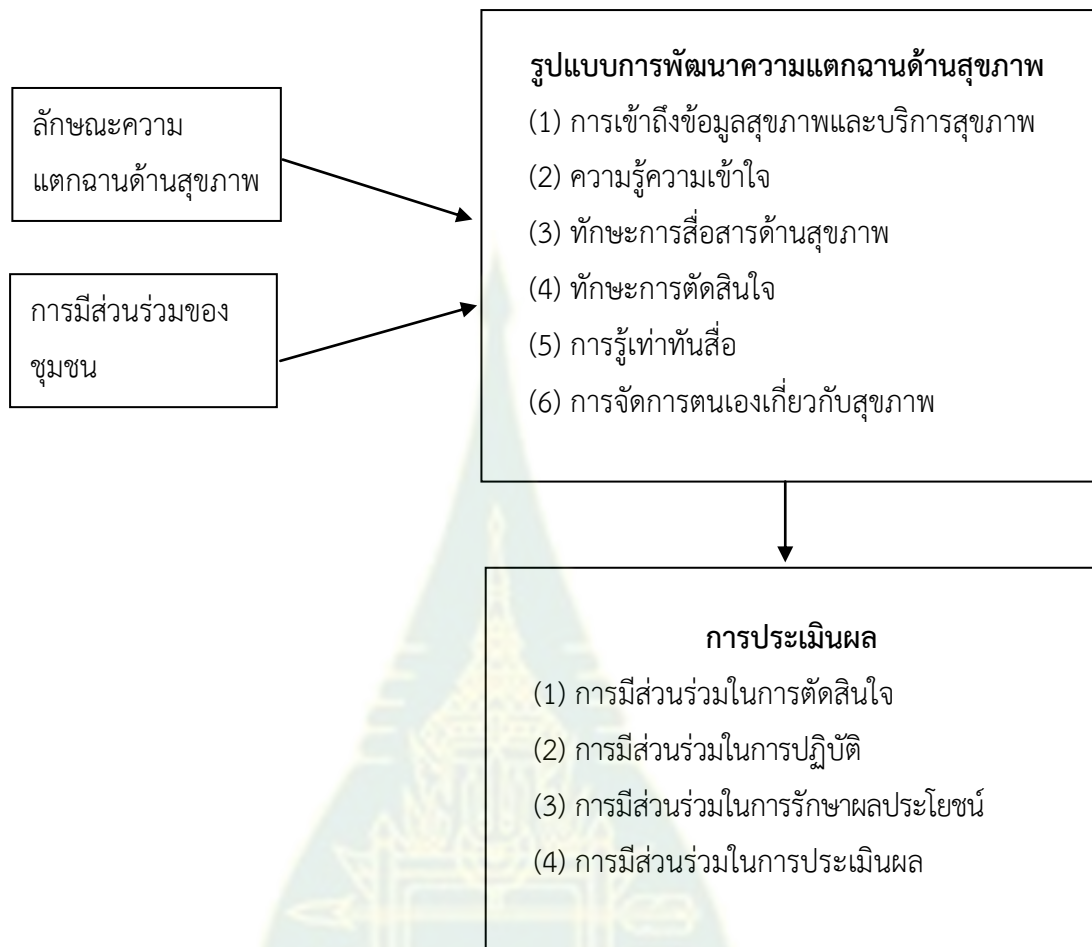
7) ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม ที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในทุกขั้นตอน โดยต้องเข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในขั้นตอนที่ 4 ของการวิจัย และเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

8) กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework) เป็นการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพตามคุณลักษณะ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และชุมชนใน 4 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

9) การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎี โดยประยุกต์แนวคิดโมเดลกรอบแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพประเทศไทย ตามโมเดล V shape 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ กับทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง และทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ



## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีการกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายใน 6 ลักษณะ โดยมีการประเมินผลกิจกรรมการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพ และการประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชน

## 7. ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการนำรูปแบบการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ



## 8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 ผลการวิจัยทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณลักษณะความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สภาพปัญหาและบริบทของชุมชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบครัวหรือผู้ดูแล และชุมชน สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหในระดับครอบครัวและระดับชุมชนต่อไปได้

8.2 มีรูปแบบการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในทุกขั้นตอน และสามารถนำรูปแบบไปใช้ในดำเนินงานเพื่อพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้

8.3 ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการเรียนการสอน ของมหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราชหรือนำไปใช้ในการจัดบริการวิชาการสู่สังคมได้

8.4 ผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ทั้งรูปแบบการนำเสนอและ/หรือการตีพิมพ์ในระดับชาติหรือนานาชาติ

