

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพและ กิจกรรมของการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ
2. ความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.2 คุณลักษณะหรือองค์ประกอบของความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
 - 3.1.1 รูปแบบเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพ
 - 3.1.2 รูปแบบผลลัพธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.1.3 รูปแบบบูรณาการความแตกฉานด้านสุขภาพ
 - 3.1.4 รูปแบบกรอบแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพประเทศไทย
 - 3.2 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
 - 3.2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
 - 3.2.2 ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism)
 - 3.2.3 ทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Theories)
4. การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพและการพัฒนารูปแบบ
 - 4.1 แนวคิดการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ
 - 4.2 การพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพ
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 5.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 5.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
6. เครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
7. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) กำหนดความหมายของผู้สูงอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือ “ผู้สูงอายุ (Older หรือ Elderly person)” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) กำหนดความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี

มารีย์และเซ็นเนอร์ (Murray and Zentner อ้างถึงใน นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุ” หมายถึง สภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วย หรือความพิการร่วมกัน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดเป็นจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ หรือหมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุราชการ

สรุป “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง เป็นบุคคลที่มีอายุมากหรือเป็นบุคคลที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุหรือเกษียณอายุจากการทำงาน เป็นผู้ที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย มีความอ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจ

1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) ได้ระบุเป็นเกณฑ์เอาไว้ว่า ประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 10 และสัดส่วนของประชากรที่อายุเกินกว่า 65 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 7 ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แล้ว เมื่อปี ค.ศ.2007 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7.02 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ.2012, 2015 และ 2018 จำนวนผู้สูงอายุเป็น 8.1, 9.4, และ 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.7, 14.4 และ 16.1 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้คาดคะเนว่า ในปี ค.ศ.2030 หรือในอีก 10 ปีข้างหน้า ประชากรไทย 1 ใน 4 คน จะ

เป็นผู้สูงอายุ จากการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงเป็นที่แน่ชัดแล้วว่า ประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในอีกหลายประเทศที่ได้ก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แล้ว

วัยผู้สูงอายุ นับว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง (อุมาพร ฉัตรวิโรจน์, 2555) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เช่น ผิวหนังจะมีลักษณะบาง แห้ง เหี่ยวยุบ ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เซลล์ที่ผิวหนังแบ่งตัวช้าลงทำให้การหายใจของบาดแผลตามผิวหนังช้าลง ผมหงอกและขนร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว ระบบประสาทสัมผัสช้าลง สายตาเปลี่ยนเป็นสายตาวาย กระจกประสาทตาขุ่น ประสาทรับเสียงเสื่อมทำให้เกิดหูตึง มีฟันหักมากขึ้น ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อมลงทำให้เหนื่อยง่าย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันทางอารมณ์ และเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง นิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคมและซึมเศร้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม จากผู้ที่เคยทำงานต้องออกจากงาน สูญเสียการเป็นผู้นำครอบครัวจากการเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัวกับกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวที่ต้องเป็นฝ่ายรับ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี รวมทั้งการเสื่อมความเคารพ โดยคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ ความสามารถลดลงไม่ทันต่อเหตุการณ์ ความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์จึงลดลง

นอกจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยทางร่างกายแล้ว ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2556 จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ใน 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 10.6, 8.1, 6.2, 6.0 และ 4.9 ตามลำดับ และในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 12.0, 10.7, 6.0, 5.4 และ 5.4 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประมวลข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2551 ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในและใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพจำนวน 1,273,708 ราย สูงถึง 16,976,263,090 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 13,328 บาท (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ, 2552)

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) กำหนดวิสัยทัศน์คือ ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทย สุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าประสงค์ที่สำคัญคือ คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร สำหรับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพกำหนดไว้ 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 นอกจากจะให้ความสำคัญกับสุขภาพผู้สูงอายุแล้วยังให้ความสำคัญกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือความแตกฉานด้านสุขภาพด้วย กล่าวคือยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก มีวัตถุประสงค์สำคัญข้อหนึ่งเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาลให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้หรือความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญข้อหนึ่ง โดยกำหนดให้คนไทยมีระดับความรอบรู้หรือความแตกฉานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 และมีมาตรการสำคัญคือการสร้างความรอบรู้หรือความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญมาก เพราะผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วแล้ว ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพส่งผลต่อประเทศในด้านการรักษาพยาบาลด้วย การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุข โดยประเทศไทยให้ความสำคัญกับสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 กำหนดมาตรการการสร้างความรู้หรือความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการที่สำคัญ

2. ความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

คำที่ใช้เรียก “Health literacy” ในภาษาไทยมีหลายคำ ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้คำนิยาม “ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)” ว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which

promote and maintain good health” โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแปลความว่า “ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999: 553) ให้คำจำกัดความของความฉลาดทางสุขภาพว่า หมายถึง “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตน ในการดูแลรักษาสุขภาพ”

ดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000, 2008,2009) ได้ให้คำนิยาม “ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy)” ว่าหมายถึง “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อ ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” ในปี ค.ศ. 2008 ได้ให้คำนิยามเพิ่มเติมว่าหมายถึง “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้าน สุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” และในปี ค.ศ.2009 ได้ให้ คำนิยามเพิ่มเติมว่าหมายถึง “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถ ของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ”

กล่าวโดยสรุป ความแตกฉานด้านสุขภาพ หรือ Health literacy มีการเรียกชื่อและความหมายหรือ มีคำนิยามแตกต่างกันตามหน่วยงานหรือนักวิชาการ โดยคำที่ใช้เรียกอาจมีความหลากหลาย เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดด้านสุขภาพ หรือความฉลาดทางสุขภาพะ สำหรับการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ “Health literacy” ในภาษาไทยใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” ตามการเรียกของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำหรับความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพจะหมายถึง ความรู้ ความ เข้าใจ ความสามารถของบุคคล และทักษะต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 คุณลักษณะหรือองค์ประกอบของความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (1999) เสนอแนวคิดที่ว่า Health literacy ควรประกอบด้วย ทักษะสำคัญ 6 ประการ คือ ทักษะด้านตัวเลข (Quantitative) ทักษะด้านเหตุผลและผลที่พิสูจน์ได้ (Scientific literacy) ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ (Technological literacy) ทักษะความ เข้าใจทางวัฒนธรรม (Cultural literacy) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ทักษะการใช้ อุปกรณ์และเครื่องคอมพิวเตอร์ (Computer literacy)

จากมาตรฐานสุขศึกษาาระดับชาติ (The National Health Education Standards: NHES) ได้กำหนดคุณลักษณะของ Health literacy ไว้ 8 ประการ คือ (1) มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพดี (2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (3) มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม (4) มีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ (5) มีทักษะในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ (6) มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ (7) มีทักษะในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ และ (8) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

กล่าวโดยสรุป นักวิชาการและหน่วยงานทางด้านสุขภาพได้กำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความแตกฉานด้านสุขภาพไว้หลากหลาย ทั้งการเข้าถึง การเข้าใจ การใช้ข้อมูล ความรู้ ทักษะทางการรับรู้ ทักษะทางสังคม ทักษะต่างๆ การวิเคราะห์ รวมถึงความสามารถของบุคคลเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมและรักษาสุขภาพ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้กำหนดคุณลักษณะหรือองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ

3. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการทบทวนวรรณกรรมใน 2 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและทฤษฎีที่ใช้ โดยแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบจะเน้นกระบวนการและผลลัพธ์ทางด้านความแตกฉานด้านสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในการนำมาสร้างหรือพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับทฤษฎีที่กล่าวถึงจะเป็นทฤษฎีที่เน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีนี้ครอบคลุมทั้งกระบวนการพัฒนา กิจกรรม และผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดและทฤษฎีที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความรอบรู้หรือความแตกฉานด้านสุขภาพในรูปแบบ (หรือโมเดล) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ซึ่งรูปแบบที่สำคัญมีดังนี้

3.1.1 รูปแบบเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing studies of health literacy) ขององค์กรเพื่อคุณภาพและการวิจัยการดูแลสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นแนวคิดที่ได้มาจากการสังเคราะห์และบูรณาการหลายทฤษฎีขององค์กรเพื่อคุณภาพและการวิจัยการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่แสดงอิทธิพลเชิงสาเหตุที่มีต่อ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจากการใช้ บริการสุขภาพ ความยึดมั่นในพฤติกรรม เจตนาในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงทักษะการ กำกับตนเอง เจตคติ บรรทัดฐานทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับความแตกฉานด้าน สุขภาพ รูปแบบเชิงเหตุผลถูกนำมาใช้ในการกำหนดการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์สุขภาพและ ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทดสอบรูปแบบอย่างชัดเจนในด้านอิทธิพล ของระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มประชากร นอกจากนี้รูปแบบยังให้ความสำคัญกับ “ผลลัพธ์ที่ดี” เช่น มีความเสมอต้นเสมอปลายในการพัฒนา มีการตรวจคัดกรองได้มากที่สุด มีการลดลง ของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและการตายก่อนวัย เป็นต้น ส่วนคำว่า “ผลลัพธ์สุขภาพ” นั้น ครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ได้แก่ 1) ความรู้ 2) ความสามารถของตนเอง 3) เจตนาในการกระทำพฤติกรรม 4) ทักษะและพฤติกรรม 5) การคงอยู่ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ 6) อุบัติการณ์ของโรค ความถี่ ความเจ็บป่วย และการตาย และ 7) สถานะทางสุขภาพ

3.1.2 รูปแบบผลลัพธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ (Health literacy as an outcome of health promotion : An outcome model for health promotion) ของ Nutbeam ที่ได้เสนอไว้ด้วยเหตุผลว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นการให้พลังอำนาจแก่ประชาชนเพื่อ ความเข้มแข็ง เข้าใจสิทธิหน้าที่ของตนและสามารถนำตนเองในด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรคผ่านระบบ การดูแลสุขภาพที่สื่อสารให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพในผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ รวมถึงเงื่อนไขในการให้บริการ และผลลัพธ์เกิดขึ้นมาจากการที่ประชาชนมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่ เพียงพอ ดังนั้น ในการวางแผนเริ่มต้นในงานสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องคำนึงถึงผลลัพธ์ด้วยเหตุผลว่า ผู้ที่มี ความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อ ดังเช่น 1) กว่าครึ่งเข้ารับบริการฉุกเฉิน 2) มีอัตราการตายก่อน วัยสูง 3) มีอัตราป่วยโรคเรื้อรังสูง 4) ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ดังภาพที่ 2.1

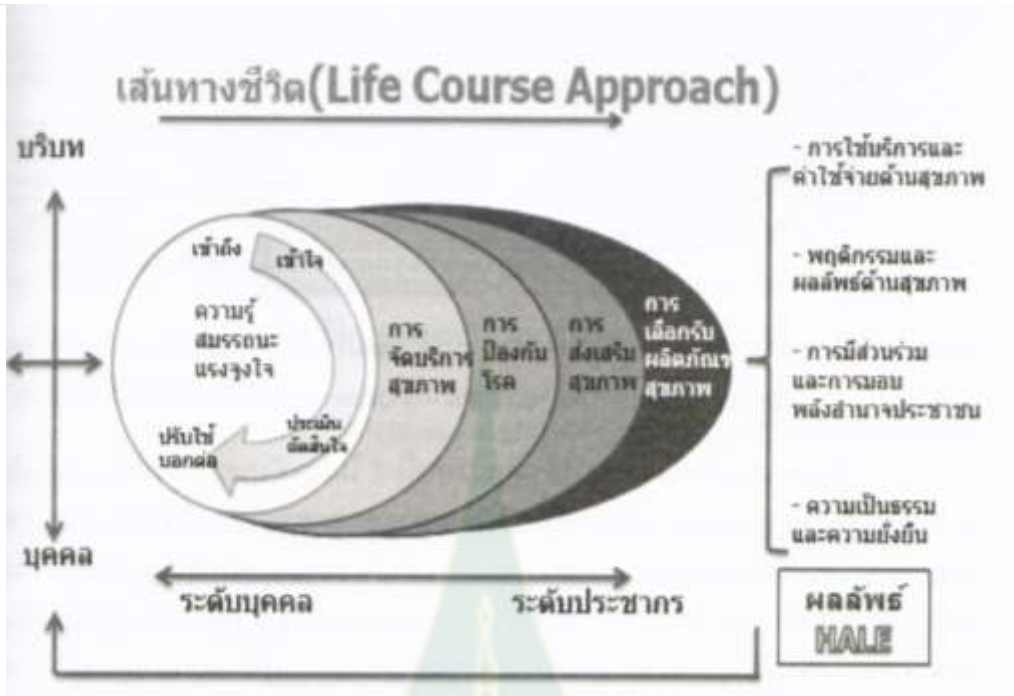


ภาพที่ 2.1 รูปแบบผลลัพธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 2000)

3.1.3 รูปแบบบูรณาการความแตกฉานด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) เป็นรูปแบบที่ใช้ในการสำรวจความแตกฉานหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวยุโรป ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีการผสมผสานองค์ประกอบทั้งทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจาก รูปแบบของ Nutbeam และรูปแบบของ Manganello ซึ่งองค์ประกอบความแตกฉานด้านสุขภาพนั้นอยู่ในมิติของทักษะทางปัญญาในด้านความรอบรู้ทางการแพทย์ เป็นพื้นฐานของความแตกฉานด้านสุขภาพทางการสาธารณสุขที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีทางการส่งเสริมสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นว่าความแตกฉานด้านสุขภาพนั้นเป็นพลวัตรและเป็นกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ที่เริ่มต้นจาก 1) การเข้าถึง (Access) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและรับข้อมูลสารสนเทศ 2) การเข้าใจ (Understand) หมายถึงความสามารถในการทำความเข้าใจและอธิบายข้อมูลสารสนเทศนั้นได้ถูกต้อง 3) การประเมิน (Appraise) หมายถึง ความสามารถในการตีความ กลั่นกรอง ตัดสินข้อมูลที่รู้รับมา และ 4) การนำข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพไปใช้ (Apply) และเป็นโมเดลเชิงเหตุและผลที่เป็นแนวทางสนับสนุนการทำงานในยุโรป ได้แก่ 1) การสำรวจประเมินระดับความแตกฉานหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุม พร้อมเปรียบเทียบข้อมูลที่จำเป็นของภาครัฐในยุโรป 2) สนับสนุนการก่อตั้งศูนย์ความเป็นเลิศในยุโรป และ 3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

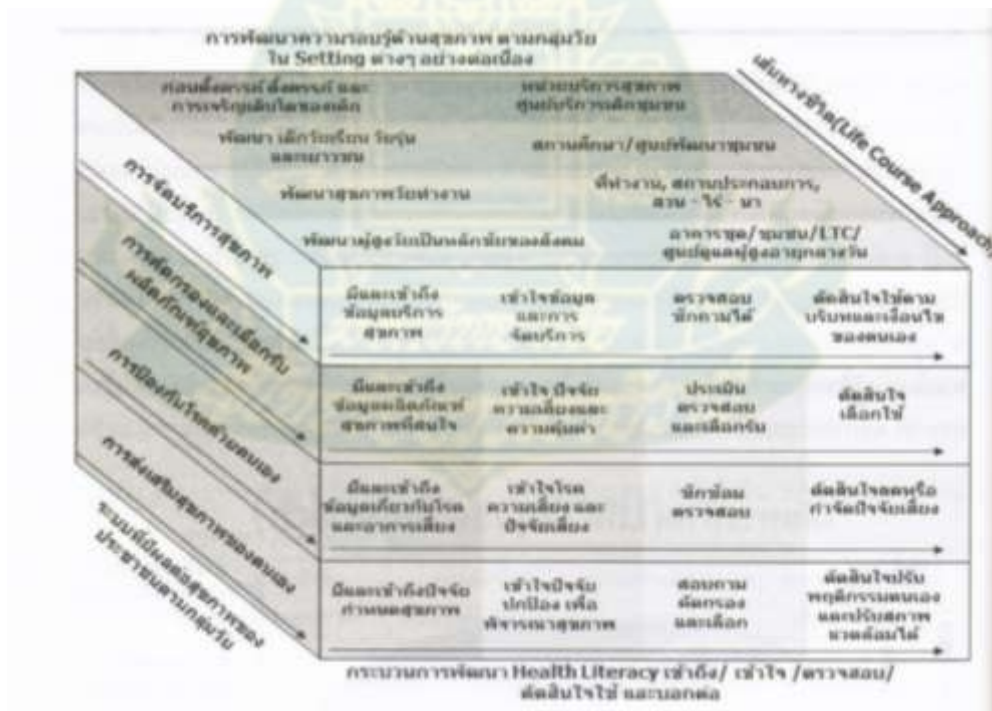
3.1.4 รูปแบบกรอบแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพประเทศไทย (Conceptual model of health Literacy, Thailand) เป็นกรอบการดำเนินงานของบุคลากรด้านสุขภาพและให้ความหมายความรอบรู้หรือความแตกฉานด้านสุขภาพ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตามรูปแบบหรือโมเดล V shape 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ โดยมีเป้าหมายว่าในปี พ.ศ. 2564 คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอโมเดล โดยปรับปรุงจากรูปแบบบูรณาการของความรอบรู้หรือความแตกฉานด้านสุขภาพของ Sorensen K et al. (2013) มาปรับใช้ในเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนความแตกฉานด้านสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกกลุ่มวัยและทุกมิติของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 2.2- 2.3

สังคมและปัจเจกถึงแก่อ้อม



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ประเทศไทย)

ปรับปรุงจาก Sorensen et al. & Consortium Health Literacy Project European (2012, อ้างใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)



ภาพที่ 2.3 ข้อเสนอระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทยแบบบูรณาการ 3 มิติ

ที่มา : วชิระ เพ็งจันทร์ (2560)

กล่าวโดยสรุป จะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ (หรือโมเดล) ที่ใช้ในการศึกษาหรือพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพหรือความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายแนวคิด ทฤษฎีที่มีการกล่าวถึงอย่างแพร่หลายดังเช่น รูปแบบเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพ รูปแบบผลลัพธ์ของความแตกต่างด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบบูรณาการความแตกต่างด้านสุขภาพ และรูปแบบกรอบแนวคิดความแตกต่างด้านสุขภาพประเทศไทย ส่วนมากเป็นแนวคิดและทฤษฎีที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร ซึ่งความแตกต่างด้านสุขภาพจะมีความเป็นพลวัตรและเป็นกระบวนการ โดยองค์ประกอบของรูปแบบแม้ว่าจะมีความแตกต่างกันบ้าง ดังเช่น การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม การบอกต่อ การประเมิน และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ แต่จะครอบคลุมองค์ประกอบของการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพที่สำคัญ สำหรับผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลต่อสุขภาพในแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกันดังเช่น ผลลัพธ์การใช้บริการ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการมอบพลังอำนาจประชาชน ความเป็นธรรมและความยั่งยืน ผลต่อสุขภาพประชาชนในด้านการจัดบริการสุขภาพ การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์และผลต่อสุขภาพจะสอดคล้องกับองค์ประกอบความแตกต่างด้านสุขภาพและการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพ ดังนั้น การนำรูปแบบการศึกษาหรือพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบของความแตกต่างด้านสุขภาพ ให้มีความสัมพันธ์หรือมีความสอดคล้องกับผลต่อสุขภาพหรือผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

3.2 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ทฤษฎีที่นำมาใช้เพื่อพัฒนาความแตกต่างหรือความรู้ด้านสุขภาพมีหลายทฤษฎี ในการศึกษานี้จะกล่าวถึงเฉพาะทฤษฎีที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ การสร้างองค์ความรู้ และทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสิ่งสำคัญขั้นพื้นฐานของการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง และทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb) ที่ให้ความหมายของ “การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ว่าหมายถึง กระบวนการสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ๆ ขึ้น”

กระบวนการเรียนรู้จากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์มีลักษณะเป็นวงจร หรือที่เรียกว่า ทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน (Kolb, 1984 อ้างถึงในเทศสุตา รัชฎาวิชิตกุล, 2547) คือ

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมีประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึกและยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง การไตร่ตรองเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการสังเกตอย่างรอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณา

ขั้นที่ 3 การสร้างแนวคิดนามธรรมหรือการสรุปเป็นหลักการนามธรรม เป็นขั้นที่ผู้เรียนใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องหรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้เป็นหลัก

จากทฤษฎีนี้ Kolb แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนแต่ละคนจะเน้นในขั้นต่างๆ แตกต่างกันไป ทำให้มีการใช้ขั้นต่างๆ ในการเรียนรู้ไม่เท่ากัน จากแนวความคิดจากทฤษฎีดังกล่าว Kolb ได้นำมาจำแนกผู้เรียนเป็น 4 แบบ คือ

1. แบบคิดนอกนัย หรือ Diverges หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นขั้นตอนการเรียนรู้ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 เป็นแบบที่ผู้เรียนมีความสามารถในการรับรู้ และการสร้างจินตนาการต่างๆ ขึ้นเอง สามารถไตร่ตรองจนมองเห็นภาพโดยรวมผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบนี้จะทำงานได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องการ ความคิดหลากหลาย เช่น การระดมสมอง

2. แบบดูดซึม หรือ Assimilators หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นขั้นตอนการเรียนรู้ขั้นที่ 2 และขั้นที่ 3 เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีความสามารถในการสรุปหลักการหรือกฎเกณฑ์ ผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบนี้มักสนใจในหลักการที่เป็นนามธรรมมากกว่า แต่ไม่ชอบลงมือปฏิบัติและมักไม่ค่อยนึกถึงการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้

3. แบบคิดเอกนัย หรือ Convergers หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นขั้นตอนการเรียนรู้ขั้นที่ 3 และขั้นที่ 4 เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีความสามารถในการนำแนวคิดที่เป็นนามธรรมไปใช้ ผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบนี้สามารถสรุปวิธีที่ถูกต้องเพียงวิธีเดียวที่จะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้ ไม่ชอบใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหาแต่ใช้เหตุผล ชอบทำงานกับวัตถุมากกว่าทำงานกับบุคคล มักมีความสนใจที่เฉพาะเจาะจงในสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมีความเชี่ยวชาญในสิ่งนั้น

4. แบบปรับปรุง หรือ Accommodators หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นขั้นตอนการเรียนรู้ขั้นที่ 4 และขั้นที่ 1 ผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบนี้จะชอบลงมือปฏิบัติ ชอบทดลอง และจะทำงานได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องใช้การปรับตัวมีแนวโน้มจะแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการที่ตนเองคิดขึ้นเองในลักษณะที่ชอบลองผิดลองถูกและชอบทำงานร่วมกับผู้อื่น (Kolb, Rubin, & Osland, 1991 อ้างถึงใน เกศสุตา รัชฎาวิชิตกุล, 2547)

3.2.2 ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism)

ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง หรือทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivism) เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง พัฒนารุ่นโดย Professor Seymour Papert โดยทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์แสดงให้เห็นจุดเปลี่ยนทางการศึกษา กล่าวคือ เปลี่ยนจากรูปแบบการศึกษาที่อยู่บนพื้นฐานตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (behaviorism) ซึ่งเน้นในเรื่องชวามปัญญา

(Intelligence) จุดประสงค์ (objective) ระดับความรู้ (level of knowledge) และการให้แรงเสริม (reinforcement) มาเป็นรูปแบบการจัดการศึกษาที่เน้นทฤษฎีความรู้ความคิด (cognitive theory) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ (constructivist learning) ที่มีความเชื่อที่ว่า ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ของตนเอง (construct their own knowledge) จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Gagnon & Collay 2001:1)

ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) มีหลักการสำคัญ ลำดับขั้นของการเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง และการประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ (ลักขณา สริวัฒน์ ,2557 : 185-188) มีรายละเอียดดังนี้

1. หลักการสำคัญของทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1) ผู้เรียนเป็นผู้สร้าง (Construct) ความรู้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบเห็นกับความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมโดยใช้กระบวนการทางปัญญา (Cognitive apparatus) ของตน

2) การเรียนรู้ตามแนวคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivism) โดยโครงสร้างทางปัญญาเป็นผลของความพยายามทางความคิด ผู้เรียนสร้างเสริมความรู้ผ่านกระบวนการทางจิตวิทยาด้วยตนเอง ผู้สอนไม่สามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญาได้ แต่ผู้สอนสามารถช่วยผู้เรียนปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญาได้โดยจัดสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น

3) การที่ผู้เรียนไม่ได้รับเอาข้อมูลและเก็บข้อมูลความรู้ขึ้นมาเป็นของตนเองทันที แต่จะแปลความหมายของข้อมูลความรู้เหล่านั้น โดยประสบการณ์ของตนและเสริมขยายและทดสอบการแปลความหมายของตนด้วย

4) การเรียนรู้เกิดขึ้นได้จากการที่แต่ละบุคคลได้สร้างความรู้ขึ้นและทำให้สำเร็จโดยผ่านกระบวนการของความสมดุล ซึ่งกลไกของความสมดุลเป็นการปรับตัวของตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้อยู่ในสภาพสมดุลที่ประกอบด้วยกระบวนการ 2 ประการคือ

(4.1) การซึมซับหรือการดูดซึม (Assimilation) เป็นกระบวนการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและซึมซับหรือดูดซึมเอาประสบการณ์ใหม่เข้าสู่ประสบการณ์เดิมที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน โดยสมองจะปรับเอาประสบการณ์ใหม่เข้ากับความคิด ความรู้ในโครงสร้างที่เกิดจากการเรียนรู้เดิมที่มีอยู่

(4.2) การปรับโครงสร้างทางปัญญา (Accommodation) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องมาจากกระบวนการซึมซับหรือดูดซึมคือ เมื่อได้ซึมซับเอาประสบการณ์ใหม่เข้าไปในโครงสร้างเดิมแล้วจะทำการปรับประสบการณ์ใหม่ให้เข้ากับโครงสร้างของความรู้เดิมที่มีอยู่ในสมองก่อนแล้ว แต่ถ้าเข้ากันไม่ได้ก็จะทำการสร้างใหม่ขึ้นมาเพื่อรับประสบการณ์ใหม่นั้น

2. ลำดับขั้นของการเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1) ขั้นแรกเริ่มจากการกำหนดประเด็นปัญหาที่ผู้เรียนมีความสนใจ ซึ่งประเด็นปัญหานั้นต้องเป็นสิ่งที่ผู้เรียนให้ความสำคัญหรือสนใจ เพราะเป็นการสร้างแรงจูงใจเบื้องต้นในการเรียนรู้ หรือผู้สอนทำให้ผู้เรียนเห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับชีวิต เรียกขั้นนี้ว่า Assimilation

2) ขั้นการทบทวนความรู้เดิม เป็นเรื่องธรรมดาที่บุคคลต้องการจะเรียนรู้ในสิ่งใดต้องคิดทบทวนว่าเรามีความรู้ในสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใดเพื่อจะวางกลไกหรือสร้างยุทธศาสตร์การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการเกิดการถ่ายโอน (Transfer) ในสถานการณ์นี้อาจทำให้เกิดภาวะไม่สมดุล (Disequilibrium) ซึ่งจะทำให้บุคคลจะพยายามปรับสภาวะให้อยู่ในสภาพสมดุล (Equilibrium) โดยใช้กระบวนการปรับโครงสร้างทางปัญญา (Accommodation)

3) ขั้นการแสวงหาหนทางหรือทางเลือกด้วยกระบวนการรู้คิด (Cognition) ซึ่งในสถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้เรียนใช้ข้อมูลพื้นฐานของตนเองนำมาไตร่ตรองอย่างเป็นระบบ ดำเนินการตรวจสอบประเมินเพื่อคลี่คลายไปสู่ความกระจ่างแจ้งในประเด็นปัญหา (Accommodation)

3. การประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ มีดังนี้

1) กฎเกณฑ์ของผู้ที่จะจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิดการสร้างสร้งองค์ความรู้ด้วยปัญญา หรือ Constructivism นั้น ผู้ที่จะจัดการเรียนการสอนควรออกแบบการเรียนการสอนเพื่อที่ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสในการแก้ปัญหาที่มีความหมายจริงๆ และเป็นปัญหาในชีวิตจริงของผู้เรียน ซึ่งผู้เรียนแต่ละคนต่างก็มีความต้องการและมีประสบการณ์ซึ่งสามารถประยุกต์นำไปใช้ในโลกแห่งความเป็นจริงและต้องการสร้างองค์ความรู้เหล่านั้น ผู้จัดการเรียนการสอนควรจัดเตรียมหากกลุ่มหรือชุดกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีปฏิริยาต่อกันและได้คิดแก้ปัญหาต่างๆ ผู้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนควรช่วยเหลือโดยการแนะแนวทางและสั่งสอนหรือฝึก (Coaching) สำหรับวิธีการจัดการเรียนการสอนเมื่อใช้แนวคิดของ Constructivism จะจัดเป็นรูปแบบการเรียนการสอนดังนี้

(1.1) กรณีศึกษา (Case studies) หรือการแก้ปัญหาเพื่อการเรียนรู้

(1.2) การนำเสนอผลงานหรือชิ้นงานให้ปรากฏแก่สายตาหลายด้านหลายมิติหรือการจัดทำสื่อแนะแนวทางให้ (Presenting work production)

(1.3) การกำกับดูแลหรือการฝึกงาน (Coaching)

(1.4) การเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative learning)

(1.5) การเรียนรู้โดยการสืบค้น (Discovery learning)

(1.6) การเรียนรู้โดยการกำหนดสถานการณ์ (Situational learning)

2) การใช้ Constructivism ภายใต้งैเงื่อนไขที่มีส่วนสนับสนุนทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

(2.1) การเรียนการสอนจะเกิดขึ้นในกระบวนการที่ได้มีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้เรียนต่อผู้เรียน

(2.2) ผู้เรียนจะรวบรวมจัดองค์ความรู้ปัจจุบันที่มีอยู่แล้วจากความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับความเข้าใจในสถานการณ์ใหม่ๆ และสถานการณ์ที่ต่างกันตามที่ได้มา

(2.3) แหล่งการเรียนรู้หรือทรัพยากรที่หลากหลายมีลักษณะที่แตกต่างกันในจำนวนมากเท่าที่สามารถจัดหามาได้เพื่อช่วยเหลือในการสืบค้น

(2.4) มีเวลาเพียงพอที่จะสามารถทำผลงานชิ้นงาน หรือทำการปฏิบัติการใดๆ สำหรับผู้เรียนในการสืบค้นและประเมินผลองค์ความรู้

3) ทักษะต่างๆใดๆ ก็ตามที่ได้รับจากการเรียนรู้ด้วย Constructivism เช่น การประดิษฐ์ คิดค้นผลงานด้วยความรวดเร็วจากการใช้กระบวนการของคอมพิวเตอร์ การสร้างสะพานข้ามแม่น้ำที่กว้างและมีน้ำไหลผ่าน การวิจัยหาวิธีบำบัดรักษาตัวเองจากโรคต่างๆ เป็นต้น

3.2.3 ทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Theories)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change Model) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีแนวคิดสำคัญ 2 แนวคิด คือ การเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน และการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2561) มีรายละเอียดดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน (Stages of Change)

การเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ยังไม่สนใจ ขั้นตอนสนใจหรือใส่ใจ ขั้นตอนตัดสินใจทำ ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนกระทำอย่างต่อเนื่อง และขั้นตอนกระทำสำเร็จ ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ยังไม่สนใจ (Precontemplation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลยังไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนและชัดเจนดีพอรวมทั้งไม่คิดว่าตนมีปัญหาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้น จึงมองไม่เห็นผลเสียที่จะเกิดขึ้นทำให้ไม่สนใจหรือไม่ใส่ใจหรือจะทำในระยะ 6 เดือนข้างหน้า

1.2 ขั้นตอนสนใจหรือใส่ใจ (Contemplation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลเริ่มรับรู้ว่าจะเกิดปัญหาแน่ถ้ายังคงกระทำพฤติกรรมเดิม ทำให้เกิดความสนใจที่จะทำแต่ก็ยังไม่ลงมือทำหรือจะทำในระยะ 6 เดือนข้างหน้า

1.3 ขั้นตอนตัดสินใจทำ (Preparation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการวางแผนหรือการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือจะทำภายใน 30 วันข้างหน้า

1.4 ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนที่บุคคลลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนเห็นได้ชัดแต่ยังไม่ต่อเนื่องหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อยกว่า 6 เดือน

1.5 ขั้นตอนกระทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นตอนที่บุคคลลงมือทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นนิสัยหรือเปลี่ยนพฤติกรรมจนเห็นได้ชัดมากกว่า 6 เดือน แต่ก็ยังมีโอกาสที่จะหวนกลับไปมีพฤติกรรมเดิมถ้ามีสิ่งเร้าเกิดขึ้นบ่อยครั้ง

1.6 ขั้นตอนกระทำสำเร็จ (Termination) เป็นขั้นตอนที่บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างแน่นอนโดยไม่หวนกลับไปทำพฤติกรรมเดิมอย่างเด็ดขาดหรือไม่มีความพยายามที่จะกลับไปกระทำพฤติกรรมเดิมอีก

การหวนกลับไปมีปัญหาค้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นหวนกลับไปมีพฤติกรรมเดิมก่อนการเปลี่ยนแปลง โดยการนำพาตนเองไปสู่สภาวะการณ์เสี่ยง การปล่อยตัวตามอารมณ์ปรารถนา ไม่พยายามควบคุมตัวเอง จนกระทั่งพลังพลาดกลับไปมีพฤติกรรมเดิม

2) การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการ (Process of Change)

จากแนวคิดของแบบแผนการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนกำหนดให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป้าหมายเป็นไปตามขั้นตอน 6 ขั้นตอน เพื่อการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยให้การออกแบบกิจกรรมเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น วิธีการสำคัญตามแนวคิดของโมเดลการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนแบ่งเป็น 2 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการตามประสบการณ์และกระบวนการตามพฤติกรรม แต่ละกระบวนการมี 5 ขั้นตอน จึงรวมทั้งหมดเป็น 10 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กระบวนการตามประสบการณ์ (Experiential Processes)

กระบวนการตามประสบการณ์ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกระตุ้นจิตสำนึก การแสดงออกที่กระทบความรู้สึก การทบทวนตนเอง การทบทวนเกี่ยวกับสังคมรอบข้าง และการปลดปล่อยสังคม ดังนี้

2.1.1 การกระตุ้นจิตสำนึก (Conscious raising) เป็นการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ โดยตรงหรือผ่านสื่อต่างๆ ให้กับบุคคลเป้าหมายเกี่ยวกับผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและผลเสียของการไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือความรุนแรงเมื่อป่วยเป็นโรค

2.1.2 การแสดงออกที่กระทบความรู้สึก (Dramatic relief) เป็นการกระตุ้นหรือผลักดันอารมณ์ของบุคคลเป้าหมายให้เกิดความอยากที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้การแสดงต่างๆ ได้แก่ ละครหรือภาพยนตร์นำเสนอเกี่ยวกับอันตรายของการยังคงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เอาไว้

2.1.3 การทบทวนตนเอง (Self re-evaluation) เป็นกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อให้บุคคลเป้าหมายได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังดำรงอยู่ในแง่ของข้อดีและข้อเสียหลายๆ ครั้ง เพื่อนำไปสู่การมองเห็นประโยชน์ที่จะได้จากการหยุดทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

2.1.4 การทบทวนเกี่ยวกับสังคมรอบข้าง (Social re-evaluation) เป็นกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อให้บุคคลเป้าหมายได้ประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้างถ้ายังคงทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้นอยู่ เช่น การสูบบุหรี่จะทำให้บุคคลข้างเคียงสูดควันบุหรี่เข้าไปในร่างกายโดยไม่รู้ตัวอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลข้างเคียงได้ เป็นต้น

2.1.5 การปลดปล่อยสังคม (Social liberation) เป็นการกำหนดกิจกรรมที่อาศัยความรู้สึกถูกกดขี่จากสังคมหรือถูกสังคมเอาเปรียบหรือเอาเปรียบสังคม มาเป็นสิ่งสร้างความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้กับบุคคลเป้าหมาย

2.2 กระบวนการตามพฤติกรรม (Behavioral Processes)

กระบวนการตามพฤติกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การควบคุมสิ่งเร้า สภาวะทั้งสองด้าน การจัดการกับสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ สัมพันธภาพแบบช่วยเหลือกัน และการปลดปล่อยตนเอง ดังนี้

2.2.1 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เป็นการกำหนดกิจกรรมโดยการพยายามลดบทบาทการกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่างๆ ให้มากที่สุด เพื่อให้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้น้อยที่สุด เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานถ้าต้องการสูบบุหรี่ต้องไปสูบบุหรี่ในที่จัดไว้สำหรับการสูบบุหรี่โดยเฉพาะ เป็นต้น

2.2.2 สภาวะทั้งสองด้าน (Counter condition) เป็นการกำหนดกิจกรรมสำหรับบุคคลเป้าหมายที่เปิดโอกาสให้พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปพร้อมๆ กัน เมื่อซึ้งน้ำหนักแล้วก็จะนำไปสู่การตัดสินใจได้

2.2.3 การจัดการกับสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ (Contingency management) เป็นการกำหนดกิจกรรมสำหรับบุคคลเป้าหมายที่มุ่งเน้นการเสริมแรงทางบวกถ้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น การแสดงความชื่นชมหรือการให้รางวัล ในขณะที่ควรอาจใช้การเสริมแรงทางลบเมื่อยังไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การตำหนิตיעินหรือการลงโทษ เป็นต้น

2.2.4 สัมพันธภาพแบบช่วยเหลือกัน (Helping relationship) เป็นการกำหนดกิจกรรมสำหรับบุคคลเป้าหมายที่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เป็นต้น ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.2.5 การปลดปล่อยตนเอง (Self liberation) เป็นการกำหนดทางเลือกสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้หลายๆ ทาง เพื่อให้บุคคลเป้าหมายได้มีโอกาสเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเองทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่า

สาระสำคัญของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กรอบของทฤษฎีนี้จำแนกได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะเป็นไปตามขั้นตอนที่ไล่เรียงกันไป โดยในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงอาจจะมีการทวนกลับไปสู่ขั้นตอนเดิมได้
- 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Process of change) เป็นแนวทางสำคัญสำหรับการออกแบบกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกำหนดเอาไว้ 10 วิธีสำหรับนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์

- 3) คุณภาพของการตัดสินใจ (Decisional balance) การตัดสินใจที่มีความสมดุลย์เป็นเครื่องมือที่สามารถสะท้อนรูปแบบการตัดสินใจของแต่ละบุคคลที่ใช้เหตุผลสนับสนุน (Pros) หรือใช้เหตุผลที่คัดค้าน (Cons) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4) ความสามารถแห่งตนเอง (Self-efficacy) เป็นการสะท้อนความมั่นใจของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่หรือเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยเชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์หรือเงื่อนไขที่เผชิญอยู่นั้นได้

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีที่ใช้เพื่อพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพมีหลายทฤษฎี ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง และทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ โดยทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน คือประสบการณ์รูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง การสร้างแนวคิดนามธรรมหรือการสรุปเป็นหลักการนามธรรม และการทดลองปฏิบัติจริง ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง เป็นกลไกการปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อยู่ในสภาพสมดุลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหาที่สนใจ การทบทวนความรู้เดิม การแสวงหาหนทางหรือทางเลือกด้วยกระบวนการรู้คิด สำหรับทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ มีแนวคิดสำคัญ 2 แนวคิด คือ 1) การเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ยังไม่สนใจ ขั้นตอนสนใจหรือใส่ใจ ขั้นตอนตัดสินใจทำ ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนกระทำอย่างต่อเนื่อง และขั้นตอนกระทำสำเร็จ และ 2) การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการ

ประกอบด้วยกระบวนการตามประสบการณ์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกระตุ้นจิตสำนึก การแสดงออกที่กระตือรือร้น การทบทวนตนเอง การทบทวนเกี่ยวกับสังคมรอบข้าง และการปลดปล่อยสังคม และกระบวนการตามพฤติกรรม 5 ขั้นตอน ได้แก่ การควบคุมสิ่งเร้า สภาวะทั้งสองด้าน การจัดการกับสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ สัมพันธ์ภาพแบบช่วยเหลือกัน และการปลดปล่อยตนเอง ในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ การสร้างองค์ความรู้ และทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานของการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพและกิจกรรมพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะแนวคิดและทฤษฎีที่มีการนำไปประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นกระบวนการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการสร้างหรือพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพที่สำคัญ 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพ รูปแบบผลลัพธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบบูรณาการความแตกฉานด้านสุขภาพ และรูปแบบกรอบแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพประเทศไทย

โดยรูปแบบทั้ง 4 นี้เป็นแนวคิดที่สำคัญในการนำมาสร้างรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กล่าวคือ รูปแบบเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพ รูปแบบจะเน้นผลลัพธ์สุขภาพทั้งผลลัพธ์ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ที่ครอบคลุมในส่วนของความรู้ ความสามารถของตนเอง เจตนาในการกระทำพฤติกรรม ทักษะและพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในการนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษารูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หรือรูปแบบผลลัพธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ จะเน้นที่ผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ระยะกลาง และผลลัพธ์ทางสุขภาพและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่เน้นผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพ หรือรูปแบบบูรณาการความแตกฉานด้านสุขภาพ ที่ถือเป็นพื้นฐานของความแตกฉานด้านสุขภาพทางการสาธารณสุขที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ เน้นความเป็นพลวัตและเป็นกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ และรูปแบบกรอบแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพประเทศไทย ที่เน้น V shape 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ซึ่งแนวคิดรูปแบบทั้ง 4 เป็นแนวคิดสำคัญในการศึกษารูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในการศึกษาวิจัยนี้ ทั้งในส่วนของการจัดทำรูปแบบ การกำหนดกิจกรรมการพัฒนา และผลลัพธ์กิจกรรมการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษานี้เน้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ทั้ง การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาสร้างกิจกรรมการพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพและการพัฒนารูปแบบ

4.1 แนวคิดการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ

การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายแนวคิด ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะแนวคิดที่มีการกล่าวถึงอย่างแพร่หลาย 3 แนวคิด ได้แก่ การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของ Manganello การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของดอน นัทบีม (Don Nutbeam) และพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีรายละเอียดดังนี้

1) การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของ Manganello แนวคิดนี้มุ่งเน้นการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพใน 3 ด้าน ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ร่วมกับการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) (Manganello JA, DeVellis RF, Davis TC, Schottler-Thal C., 2105) โดยกรอบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ เริ่มต้นจากลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (Individual traits) เช่น อายุ เชื้อชาติ ภูมิหลังทางวัฒนธรรม ความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจและกายภาพ และทักษะทางสังคม ส่งผลต่อความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของตนเอง และจะสิ่ง

กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcome) นอกจากนี้อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน (Family and peer Influences) สื่อมวลชน (Mass media) ระบบการศึกษา (Education system) และระบบสุขภาพ (Health system) ส่งผลต่อบุคคล และความแตกต่างด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วย

2) การพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของดอน นัทบีม (Don Nutbeam) โดยจำแนกระดับการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ระดับระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) คือทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ระดับที่ 2 ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) คือทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การรู้จักเลือกใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสาร การแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมถึงการประยุกต์ใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับที่ 3 ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือสามารถประยุกต์ใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ โดยคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความแตกต่างด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วยคุณลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง โดยแนวคิดการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของดอน นัทบีม ได้เชื่อมโยงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกับผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะกลาง และผลลัพธ์ทางสุขภาพและสังคมด้วย

3) พัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพหรือความฉลาดทางสุขภาพ โดยจำแนกเป็น 3 แนวทาง คือ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร และการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) มีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่มและจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคลที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ หรือประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ และสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วยความรู้หนังสือ ได้แก่ การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ และพื้นฐานความรู้ของบุคคล การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล มีหลักการดังนี้

- (1) เป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- (2) ทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่เกี่ยวข้อง

(3) ความรู้และสมรรถนะที่เกิดขึ้นเมื่อได้มีการนำไปสู่การปฏิบัติจะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นและมีความรู้ที่ถูกต้องจากการศึกษาค้นคว้าและมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝนให้มีทักษะในการจัดระเบียบและชี้แนะชุมชน/สังคม

(4) การพัฒนาทักษะการเจรจาและการจัดการตนเอง

(5) ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

(6) เมื่อพบสถานการณ์จริงในการตัดสินใจจะมีวิธีสื่อสารและปฏิบัติอย่างเหมาะสม

(7) ส่งผลทางตรงต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี

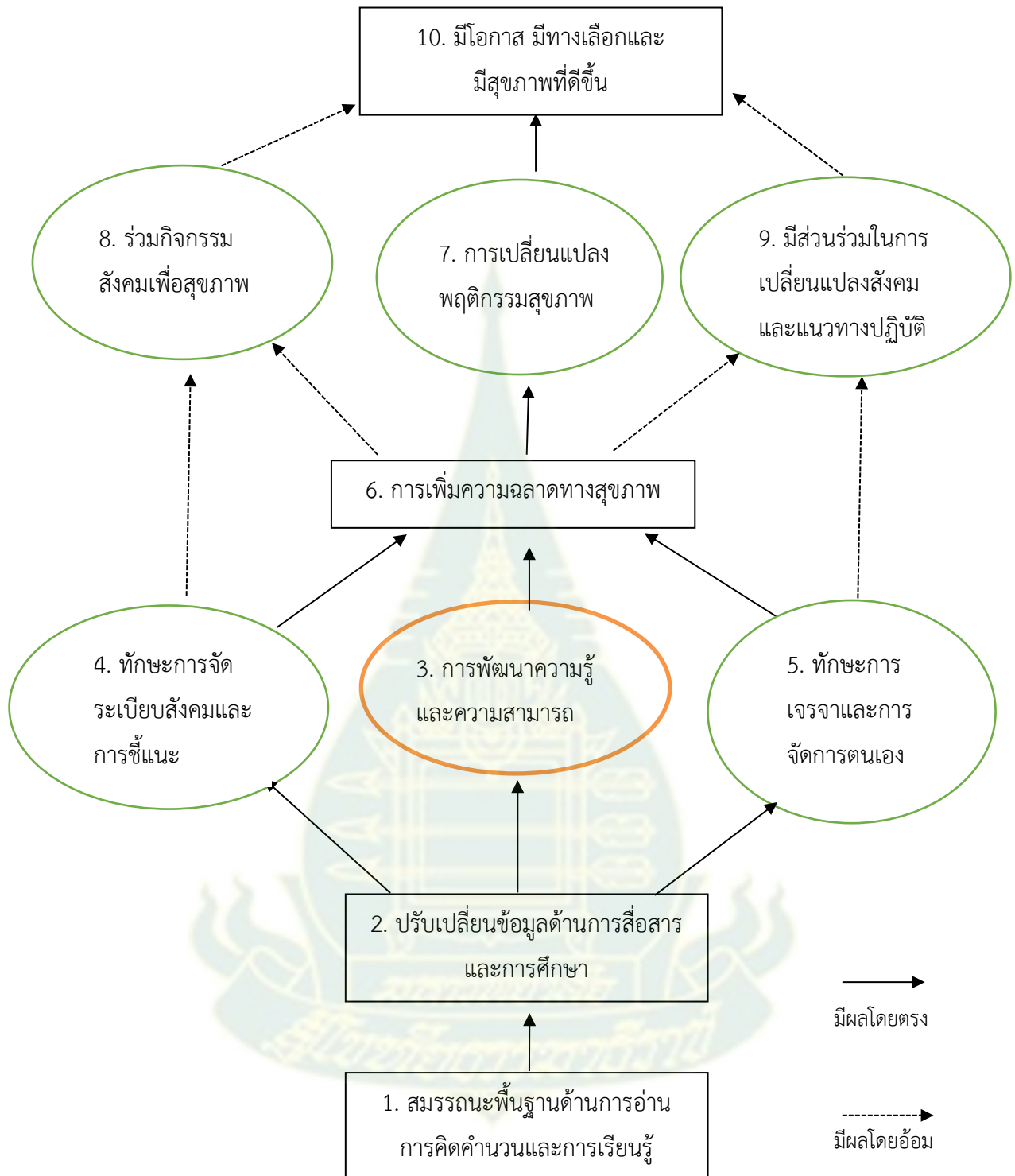
(8) มีส่วนในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อวิถีการปฏิบัติเดิมของชุมชน/สังคมที่ไม่เหมาะสม

(9) สร้างโอกาสให้บุคคลมีทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต

(10) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือการมีสุขภาพดี

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ แสดงตามแผนผังการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 2.4





ภาพที่ 2.4 แผนผังการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

ที่มา : WHO (2009) อ่างถึงโน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554).

ความฉลาดทางสุขภาพ. โรงพิมพ์นิเวศธรรมการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด : กรุงเทพฯ

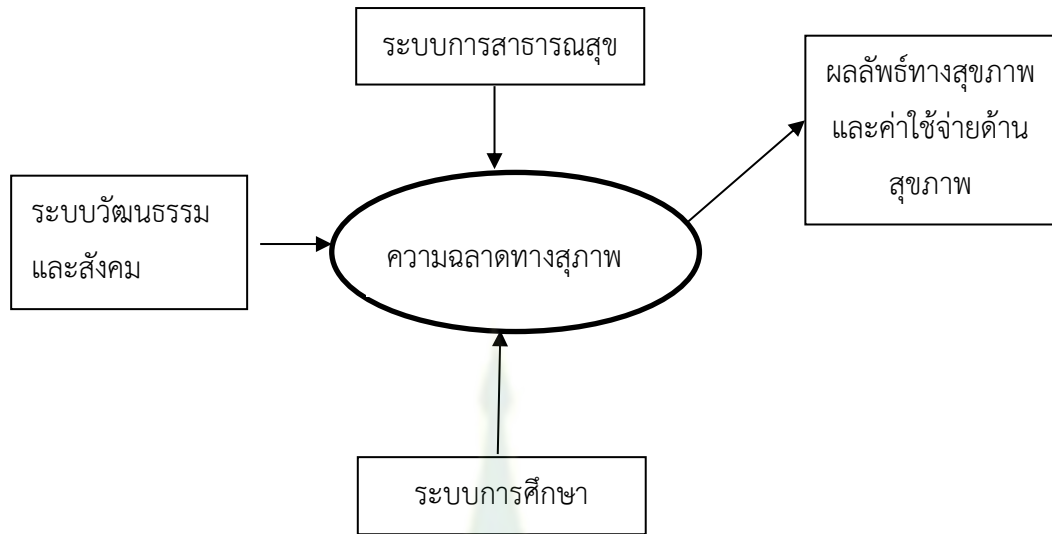
โดยแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นกระบวนการ ประกอบด้วย 10 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเข้าใจพื้นฐานของบุคคลเกี่ยวกับการอ่าน การคำนวณ และการเรียนรู้ (Prior understanding of individual capacity-reading fluency, numeracy, existing knowledge) 2) ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การศึกษา (Tailored information, communication, education) 3) การพัฒนาความรู้และความสามารถ (Developed knowledge and capability) 4) ทักษะและการจัดระเบียบสังคมและการชี้แนะ (Skills in social organization and advocacy) 5) ทักษะ การเจรจาและการจัดการตนเอง (Skills in negotiation and self-management) 6) การปรับเปลี่ยนความแตกฉานด้านสุขภาพ (Improved Health Literacy) 7) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Changed health behaviors and practices) 8) การร่วมกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพ (Engagement in social action for health) 9) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการปฏิบัติ (Participation in changing social norms and practices) 10) ปรับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทางเลือกด้านสุขภาพและโอกาส (Improved health outcomes, health choices and opportunities)

2. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กรมีแนวทางดังนี้ (1) การสำรวจบริบทขององค์กร (2) การสำรวจความสามารถของบุคลากร (3) การพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคลากร (4) การพัฒนาสื่อหรือช่องทาง (5) การใช้การสื่อสารสองช่องทาง และ (6) การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้อื้ออำนวย

3. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ อาศัยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบสาธารณสุข เน้นการวินิจฉัย การสร้างเสริม และการดูแลสุขภาพของประชาชน (2) การพัฒนาระบบการศึกษา เน้นการรู้หนังสือจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและปฏิบัติตนได้ถูกต้องยิ่งขึ้นและการให้การศึกษาแก่ประชาชน (3) การพัฒนาระบบวัฒนธรรมและสังคม เน้นการเรียนรู้และสร้างโอกาสให้ประชาชนมีการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 องค์ประกอบหลักที่สนับสนุนการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ

ที่มา : 7th Global Conference on Health Promotion (WHO, 2009) อ้างถึงใน กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. โรงพิมพ์นิเวศรรวมตากการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด : กรุงเทพฯ

กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้ทบทวนองค์ความรู้และพบว่าคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วยคุณลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเอง โดยมีแนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) มีรายละเอียดดังนี้

(1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

ระดับพื้นฐาน คือมีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ สืบค้น , **ระดับปฏิสัมพันธ์** คือมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ**ระดับวิจารณ์ญาณ** คือ มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพระดับ ปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้

(2) ความรู้ความเข้าใจ

ระดับพื้นฐาน คือ การรู้และการจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี , **ระดับปฏิสัมพันธ์** คือ มีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐานและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการ

นำไปใช้ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง และ*ระดับวิจารณ์ญาณ* คือ มีความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

(3) ทักษะการสื่อสาร

ระดับพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี, *ระดับปฏิสัมพันธ์* คือ มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี และ*ระดับวิจารณ์ญาณ* คือ มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

(4) ทักษะการตัดสินใจ

ระดับพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี, *ระดับปฏิสัมพันธ์* คือ มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี และ*ระดับวิจารณ์ญาณ* คือ มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

(5) การรู้เท่าทันสื่อ

ระดับพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง, *ระดับปฏิสัมพันธ์* คือ มีการรับรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น และ*ระดับวิจารณ์ญาณ* คือ มีการรับรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

(6) การจัดการตนเอง

ระดับพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง, *ระดับปฏิสัมพันธ์* คือ มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามแผนที่กำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และ*ระดับวิจารณ์ญาณ* คือ มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนเองตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

4.2 การพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า “การพัฒนารูปแบบ” ทำการศึกษาโดยแบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ ตามสาระสำคัญของเรื่องที่ศึกษา โดยทั่วไปการพัฒนารูปแบบสามารถแบ่งได้เป็นขั้นตอนหลัก 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ (Construct) และ 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของ

รูปแบบ (Validity) (Willer. 1986 : 83 ; อัมพร พงษ์กึ่งสนานันท์ 2550 ; วาโร เฟ็งส์วัสดี , 2553) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ คือการสร้างหรือพัฒนารูปแบบก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพัฒนา รูปแบบในขั้นตอนนี้จะอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ โดยขั้นตอนนี้สามารถแบ่งย่อยๆ ได้คือ

1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

2) การศึกษาจากบริบทจริง ได้แก่ การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งอาจใช้วิธีการ สัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ และการสนทนากลุ่ม การศึกษารายกรณี (Case study) การศึกษา ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

3) การจัดทำรูปแบบ เป็นการนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัยเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนแรกแล้ว การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ มีดังนี้

1) การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด การประเมินที่พัฒนา โดย The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation ภายใต้การดำเนินงานของ Stufflebeam และคณะ ได้นำเสนอหลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรมการตรวจสอบรูปแบบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน (สุวิมล ว่องวานิช. 2549 : 54-56) ดังนี้ (1) มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง (2) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) เป็นการประเมินการสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ (3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมาย และศีลธรรมจรรยา (4) มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

2) การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการประเมินคาพารามิเตอร์ของรูปแบบ หรือ การดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติ แต่งานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป ซึ่งไอสนอร์ (Eisner. 1976 : 192-193) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบ หรือประเมินรูปแบบโดยมีแนวคิด ดังนี้

(1) การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้ง เฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การ

ตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่างๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจารณ์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

(2) รูปแบบการประเมินที่เน้นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมิน โดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้นิยาม เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง

(3) รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรม และมีคุณพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ นั้นจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

(4) รูปแบบที่ย่อมใหม่มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ ตามอัธยาศัย และความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณา การบงชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

3) การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มักจะใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

4) การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบนี้ ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

โดยกระบวนการพัฒนารูปแบบอาจแบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 2.6 และ 2.7



ภาพที่ 2.6 ขั้นตอนการวิจัยการพัฒนารูปแบบ

โดยร่างรูปแบบจากการวิเคราะห์เอกสารและการศึกษาจากสภาพจริง

ที่มา : วาโร เฟ็งสวัสต์. (2553). *การวิจัยพัฒนารูปแบบ*. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, ปีที่ 2
ฉบับที่ 4 : กรกฎาคม-ธันวาคม.



ภาพที่ 2.7 ขั้นตอนการวิจัยการพัฒนาแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ที่มา : วาโร เฟ็งสวัสดิ์.(2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, ปีที่2 ฉบับที่ 4 :กรกฎาคม- ธันวาคม.

กล่าวโดยสรุป การพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพ สามารถดำเนินการตามขั้นตอน การวิจัยการพัฒนารูปแบบโดยร่างรูปแบบจากการวิเคราะห์เอกสารและการศึกษาจากสภาพจริง หรือ ขั้นตอนการวิจัยการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายได้ โดยการดำเนินการทั้ง 2 แบบ เป็นการ ดำเนินงานตามขั้นตอนหลัก 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ เช่น การศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาจากบริบทหรือสภาพจริง และการศึกษาจากบริบทจริง และ ขั้นตอนที่ 2 คือการตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ เช่น การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินตาม มาตรฐานที่กำหนด การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบโดยการ สสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ เพื่อ อธิบายความแตกฉานด้านสุขภาพตามคุณลักษณะและองค์ประกอบต่างๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการ จัดการตนเอง หรือตามมาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติ 8 ประการ หรือตามแนวทางการพัฒนาความฉลาด ทางสุขภาพในระดับรายบุคคล ระดับองค์กร หรือการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสำคัญ โดยเห็นได้ จากความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลักการแล้ว กระบวนการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงกระบวนการที่มุ่งเน้นที่เฉพาะบุคคลหรือการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลเหมือนกระบวนการทางสุขศึกษา แต่เป็นกระบวนการวิเคราะห์บริบทของ สังคมเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเชิงสังคมที่ส่งผลต่อบุคคล ทั้งด้านความรู้ เจตคติ ความสามารถ และ ทักษะต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อปรับ สภาพแวดล้อมเชิงสังคมด้วย การพัฒนารูปแบบความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในวิจัยนี้จึง คำนี้ถึงบริบททางสังคมและสภาพแวดล้อมเชิงสังคมที่ส่งผลต่อการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วย โดยกระบวนการพัฒนารูปแบบมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนเป็น หลัก ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โดยผู้สูงอายุเป็นผู้มีส่วนร่วมหลักในการ ดำเนินงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงาน

การวิจัยในครั้งนี้ รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จะใช้องค์ความรู้ เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพตามคุณลักษณะสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การ รู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และชุมชน ใน 4 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มา กำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน มาจากแนวคิดให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รู้จักวิเคราะห์สถานการณ์ที่ตนเองเป็นอยู่ และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงเมื่อจำเป็น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

การมีส่วนร่วม หมายถึง สิทธิของประชาชนต่อการตัดสินใจ นโยบายที่เกี่ยวกับการจัดสรรและการใช้ประโยชน์ของทรัพยากรเพื่อการผลิต ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อการกินดีอยู่ดี และสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่เข้าถึงซึ่งการพัฒนา การมีส่วนร่วมคือการที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับต่างๆ ทางการจัดการบริการ ทางการเมือง เพื่อกำหนดความต้องการของชุมชนตนเอง (ปิยะนุช เงินคล้าย, 2550)

การมีส่วนร่วมของประชาชน (WHO, 1978) หมายถึง การที่กลุ่มของประชาชนก่อให้เกิดการรวมตัวที่สามารถจะกระทำการตัดสินใจใช้ทรัพยากรและมีความรับผิดชอบในกิจกรรมที่กระทำ

การมีส่วนร่วมของชุมชน (United Nations, 1981, p. 11) หรือ Participation หมายถึง การมีส่วนร่วมใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วมได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา การเข้ามามีส่วนร่วมให้เกิดการพัฒนา และการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในเรื่องพัฒนา

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชน จึงหมายถึงการทำให้ชุมชนมีกิจกรรมและวิธีดำเนินการของชุมชนเอง ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร การใช้ประโยชน์จากทรัพยากร รวมถึงการวางแผน การพัฒนา การบริหารจัดการ ร่วมกันของคนในชุมชนมิใช่เพียงแต่การดึงประชาชนเข้ามามีกิจกรรมเท่านั้น

5.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ฟอร์นารอฟ (Fornaroff, 1980 : 104) เสนอว่า “กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน” มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล 2) การดำเนินงาน 3) การใช้บริการจากโครงการ 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

อภิญา กังสนารักษ์ (2544 : 14 – 15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้

รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะ ต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันได้

อคิน รพีพัฒน์ (2547 : 49) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
- 2) การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา
- 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
- 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

ปิยะนุช เงินคล้าย (2550) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมแบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ได้ 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและการวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหา 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ

อภิญญา กังสนารักษ์ (2544 : 14 – 15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชน ต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของ ปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจ กำหนดความต้องการและร่วมจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและ แหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงาน บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผล เป็นระยะต่อเนื่องหรือ ประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันได้

กล่าวโดยสรุป ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแบ่งได้หลายขั้นตอนและมีความ หลากหลาย โดยส่วนใหญ่แล้วจะขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนจะครอบคลุมการดำเนินงานในด้านการ ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผน การกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน การใช้ทรัพยากร การปฏิบัติงานหรือการดำเนินโครงการ และการประเมินผลโครงการ

5.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความหลากหลาย โดยแนวคิดที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดรูปแบบของการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยทั่วไป 4 แบบ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และฮัพฮอฟฟ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดรูปแบบของการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยทั่วไป 4 รูปแบบ (จินตวีร์ เกษมสุข, 2561) ได้แก่

(1) **การรับรู้ข่าวสาร (Public Information)** โดยประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการรวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินการโครงการ

(2) **การปรึกษาหารือ (Public Consultation)** เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหรือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

(3) **การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting)** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมนั้น โดยใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมในระดับชุมชน การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ การประชาพิจารณ์

(4) **การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)** เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่

2. **แนวคิดของโคเฮนและฮัพฮอฟฟ (Cohen and Uphoff , 1981)** ได้กำหนดบริบทหรือเงื่อนไขแวดล้อมของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย (1) ลักษณะของโครงการซึ่งพิจารณาจากความสลับซับซ้อนของเทคโนโลยี ทรัพยากรที่ต้องการ ลักษณะประโยชน์ที่จะได้รับ ความเชื่อมโยงของโครงการ ความยืดหยุ่นของโครงการ การเข้าถึงการบริหารจัดการโครงการ และการครอบคลุมเนื้อหาการบริหารงานโครงการ และ (2) สภาพแวดล้อมของงานหรือกิจกรรมตามโครงการในปัจจัยต่างๆ คือ ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ เศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม และด้านประวัติศาสตร์ โดยได้จำแนกการมีส่วนร่วมเป็น 4 ประเภท ได้แก่

(1) **การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ** หมายถึงการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มโครงการ โดยมีการอภิปรายถึงปัญหาและความต้องการ มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดทางเลือกว่าควรจะทำโครงการหรือกิจกรรมใดบ้าง และการตัดสินใจว่าจะทำโครงการหรือกิจกรรมใด และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังครอบคลุมไปถึงการตัดสินใจในระหว่างการดำเนินงานโครงการ

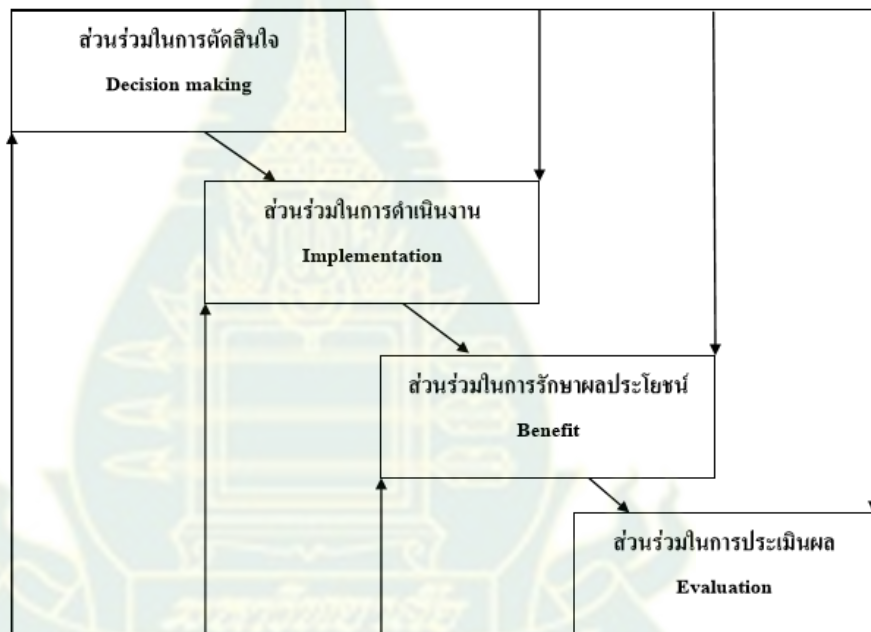
(2) **การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ** หมายถึง การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในทรัพยากรต่างๆ ให้กับ โครงการทั้งในด้านเงิน แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ และการมีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงานโครงการต่าง ๆ

(3) **การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์** การมีส่วนร่วมประเภทนี้มีสองนัย คือ เป็นทั้งการร่วมรับประโยชน์และร่วมรับผลเสียเนื่องในทางลบจากโครงการพัฒนา ผลประโยชน์ที่ได้รับ ได้แก่ (1) ผลประโยชน์ด้านวัตถุคือ การมีรายได้และทรัพย์สินเพิ่มขึ้นและมั่นคงมากขึ้น หรือการมีสาธารณูปโภคที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ หรือคุณภาพดี (2) ผลประโยชน์ด้านสังคม ได้แก่ การได้รับการศึกษาหรือมีการรู้

หนังสือมากขึ้น รวมทั้งการให้บริการสังคมอื่น ๆ มากขึ้นและมีคุณภาพดีขึ้น (3) ผลประโยชน์ส่วนบุคคลได้แก่ การมีความนับถือตนเองมากขึ้น มีพลังอำนาจทางการเมืองมากขึ้น และมีความรู้สึกถึงควมมีประสิทธิภาพของตนเอง

(4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินโครงการ ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รูปแบบการมีส่วนร่วมประเมินอย่างเป็นทางการ เช่น การประชุมเพื่อทบทวนและประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา การร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะกรรมการในการประเมินผล หรือการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในการวิจัยประเมินผล สำหรับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การประชุมกลุ่มย่อยอย่างไม่เป็นทางการ หรือการพบปะพูดคุย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ

โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของโคเฮนและฮัพฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff) มีลักษณะการดำเนินงานเป็นวงจร ดังแสดงในภาพที่ 2.8



ภาพที่ 2.8 วงจรการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff

ที่มา : Cohen , J.M. and Uphoff , N.T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies , Cornell University , 1981

กล่าวโดยสรุป แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความหลากหลาย โดยแนวคิดที่สำคัญได้แก่ แนวคิดรูปแบบของการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยทั่วไป 4 แบบ คือ การรับรู้ข่าวสาร การ

ปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น และการร่วมในการตัดสินใจ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ โคอเฮนและสพัซฮอฟฟ์ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการนำไปประยุกต์ใช้อย่างมาก โดยได้จำแนกการมีส่วนร่วมเป็น 4 ประเภท คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

สำหรับการวิจัยนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และชุมชน โดยดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของคอเฮนและสพัซฮอฟฟ์ใน 4 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

6. เครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้วัดความแตกฉานด้านสุขภาพมีการพัฒนาขึ้นโดยนักวิชาการหลายท่าน โดยเครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพที่สำคัญ มีดังนี้

1. แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพ Health Literacy Questionnaire (HLQ)

เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Osborne et al. (2013) ที่ใช้วัดความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดสอบเครื่องมือจากกลุ่มประชาชนในพื้นที่ชุมชน ศูนย์ดูแลสุขภาพและโรงพยาบาลจำนวน 634 คน และตรวจสอบซ้ำกับประชาชน 405 คน ซึ่งแบบวัดนี้สามารถใช้ในการสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป ใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และศึกษาความต้องการเพื่อพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคลได้

2. แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพคนไทยทั่วไป (General Thai Health Literacy Scales)

เป็นแบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Osborne และคณะ มีจำนวน 47 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 เป็นแบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ แต่ในการพัฒนาแบบวัดได้วิเคราะห์เนื้อหา นิยามความหมาย และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจทำให้ได้กลุ่มข้อคำถาม 5 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
- 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม
- 5) การจัดการสุขภาพตนเอง

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 7-14 ปี กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี กลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี และกลุ่มวัยสูงอายุ 60-75 ปี โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 , 0.95 , 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ

3. แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทย

เป็นแบบวัดที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้

3 อ. ได้แก่ อ1: อาหาร อ2: ออกกำลังกาย และ อ3: อารมณ์

2 ส. ได้แก่ ส1: สูบบุหรี่ และ ส2: สุรา

โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 9 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัด

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 8 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

ตอนที่ 9 การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

โดยแบบวัด Health Literacy Scale of Thai Adults ตามหลัก 3อ.2ส. มีการนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีฉบับยาว 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.67-0.91 ฉบับสั้นมี 19 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.60-0.79 (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

กล่าวโดยสรุป เครื่องมือที่ใช้วัดความแตกฉานด้านสุขภาพที่ใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy Questionnaire : HLIQ) แบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพคนไทยทั่วไป (General Thai Health Literacy Scales) และแบบวัดความแตกฉานด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทย โดยเครื่องมือส่วนมากเป็นเครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพคนไทยทั่วไปทุกกลุ่มอายุ รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย เป็นเครื่องมือที่ไม่ได้ใช้วัดเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น บางเครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพมีลักษณะเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนา

ความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้น 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของ Manganello การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของดอน นัทบีม (Don Nutbeam) และพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข กับทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในสร้างเครื่องมือสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยเครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสำหรับการศึกษานี้ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเองตามแนวคิดการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

7. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ได้ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จำนวน 129 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส ($\chi^2=7.59$; $p<.05$) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r =.462$; $p= <.01$) ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลในการเลือกให้ข้อมูลสุขภาพตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน

อาณัติ วรรณศรี (2558) ได้ศึกษาเรื่อง “โครงการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนายุทธศาสตร์และแผนกิจกรรมเพื่อการพัฒนา Health Literacy ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (2) ตรวจสอบพบว่าเมื่อดำเนินการตามแผนพัฒนา Health Literacy ที่จำเพาะในแต่ละกลุ่มเป้าหมายแล้วจะมีผลประเมินของตัวชี้วัดสุขภาพที่ดีขึ้นระดับใด (3) พัฒนานักวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาสุขภาพที่ใช้ Health Literacy (4) สื่อสารและผลักดันเพื่อให้เกิดการใช้ Health Literacy ในการพัฒนาสุขภาพ ประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวน 200 คน ดำเนินการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากข้อมูลความแตกฉานทางสุขภาพทั้งหมด 16 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความแตกฉานทางสุขภาพใน 3 ด้านสูงสุด คือ ด้านการใช้ยา (8.87 คะแนน) ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน (8.66 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (8.61 คะแนน) ความแตกฉานทางสุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุดคือ ด้านการใช้สมุนไพรและอาหารเสริม (7.44 คะแนน) ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (7.66 คะแนน) และด้านการสนับสนุนสุขภาพใน

ชุมชน (7.99 คะแนน) จากผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่สูง แต่ยังมีบางประเด็นที่ผู้สูงอายุยังขาดทักษะ ความรู้ และ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่จะจัดการประเด็นสุขภาพดังกล่าว เช่น เรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ได้ศึกษาเรื่อง “การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน” การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน 2) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนจำนวน 415 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2ส และบุคลากรสาธารณสุข 15 คนผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะองค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในองค์ประกอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน” เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน มีระยะการดำเนินการศึกษารวมทั้งสิ้น 3 ระยะ ผลการวิจัยมีดังนี้คือ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 415 คน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 ระยะที่ 2 ที่วิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน และระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการดำเนินการแบ่ง

ออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินรูปแบบการดูแล และระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุทุกวัน 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้มและสันถนาการ ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.22$; $p\text{-value} < .001$)

วิมล โรมา, ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล และคณะ (2561) เป็นโครงการภายใต้การสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ศึกษาเรื่อง “การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อใช้สะท้อนสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศและเขตสุขภาพ การศึกษานี้ใช้การสำรวจภาคตัดขวาง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงใน 6 จังหวัด เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์รายบุคคลกับประชาชน จำนวน 722 คน และสนทนากลุ่ม โดยสร้างข้อคำถามจากกรอบแนวคิดของกรมอนามัยที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Nutbeam และการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของยุโรป เครื่องมือดังกล่าวมีความเที่ยงในระดับดี ในทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Cronbach's alpha = 0.88 การเข้าถึง, 0.86 การเข้าใจ, 0.90 การทบทวน ชักถาม และ 0.79 การตัดสินใจ) มีความถูกต้องเชิงโครงสร้างระดับดี ดังนั้น แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นเครื่องมือวัดที่มีคุณภาพระดับดี และสามารถสะท้อนสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพและประเทศได้

Sophie Bostock , Andrew Steptoe (2012) ได้ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการมีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำและการตายของวัยผู้ใหญ่” วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและการทำความเข้าใจพื้นฐานด้านสุขภาพกับข้อมูลข่าวสาร และการตายของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่อายุมากกว่า 52 ปี จำนวน 7,857 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับสูงร้อยละ 67.2 ปานกลางร้อยละ 20.3 และระดับต่ำร้อยละ 12.5 และพบว่า ลักษณะส่วนบุคคล เศรษฐฐานะ พื้นฐานด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสาเหตุของการตายของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำ (95% confidence interval 1.15-1.72)

Bas G., Andrea F. de winter, Sophie L.W. spoorenberg and et al. (2016) ได้ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ใหญ่อายุ 75 ปีขึ้นไปและผู้ดูแล” วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ ความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำเป็นตัวทำนายที่สำคัญของผลลัพธ์สุขภาพที่ไม่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ การศึกษานี้จึงเป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความ

แตกฉานด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และผลกระทบของปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมและสถานะสุขภาพที่สัมพันธ์กัน โดยเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 1,052 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังจากควบคุมตัวแปรกวนแล้ว ความสามารถในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ยากจนจะมีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ ($\beta = .34, p < .001$)

Mohabat M., Narges K., Abedin I., and et al. (2015) ได้ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเคอร์แมน” วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเมืองเคอร์แมนประเทศอิหร่าน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ 200 คน โดยใช้แบบสอบถามพื้นฐานความแตกฉานด้านสุขภาพด้วยเครื่องมือ Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุใช้เครื่องมือวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living tool) และแบบสอบถาม SF-36 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 52.5 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการศึกษา ($p = 0.021$) และอาชีพ ($p = 0.041$) ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้เรายังพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการรู้หนังสือด้านสุขภาพ ($p = 0.038$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุ เพศ สถานภาพการสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ และการทำงานทางกายด้วยความรู้ด้านสุขภาพ

Samuel S.R., Helenice de Moura Scortegagna, and Marlene D. (2018) ได้ศึกษาเรื่อง “ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ” วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ เพื่อประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้สูงอายุและอภิปรายเกี่ยวกับอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายการวิจัยผู้สูงอายุ 175 คน ในประเทศบราซิล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ classified as elderly by the application: S-TOFHLA และการสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในระดับต่ำ ร้อยละ 39.4 พบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและตัวแปรเพศ กลุ่มอายุ การศึกษาและจำนวนเด็ก ($p < 0.005$) โดยพฤติกรรมสุขภาพถูกแบ่งออกเป็นหมวดหมู่ย่อย พบว่าบทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การสนับสนุนครอบครัวและเพื่อน ประเพณีและความเป็นส่วนตัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า การศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลากหลาย สำหรับต่างประเทศมีการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพตามแนวคิดตอน นัทปิม มีการศึกษาระดับความแตกฉานด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆ กับระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นต้น สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับปัจจัยต่างๆ ประกอบกับมีการศึกษาที่ได้รับการ

สนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่อายุ 15 ปีขึ้นไป แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพจำนวนมากการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการศึกษาไม่มาก ประกอบกับการศึกษาวิจัยนี้มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกชั้นตอน ดังนั้น รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพจึงเป็นรูปแบบที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนโดยแท้จริง ผู้วิจัยมีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านวิชาการผลักดันให้เกิดกระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆ แต่กลไกสำคัญในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเกิดจากผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างแท้จริง

