

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้
การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4
ของ

ชื่อ นางพัชราภรณ์ พัฒนะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ 708

กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
กรมอนามัย

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่งเลขที่ 708

กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
กรมอนามัย

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ 2559- 2561 (16 สิงหาคม 2559 - 16 สิงหาคม 2561)
3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 100%
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี) -
5. บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย 85 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 75 ปี การศึกษาเชิงพรรณานี้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 24 ชุมชน จำนวน 5,926 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มแบบระบบ ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560 - เดือนพฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันและ t-test

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าโครงการดีกว่าก่อนเข้าโครงการ (\bar{x} ก่อน = 81.1, SD=10.0 และ \bar{x} หลัง = 82.6, SD=9.5) ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.331, 60.426, 45.087$ ตามลำดับ, $p < 0.05$) การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม, การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกายและอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.25, 0.36, 0.28, 0.28, 0.24$ ตามลำดับ) ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพชุมชนและผู้สูงอายุให้สามารถมีคุณภาพที่ดี ควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของกิจกรรมเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าถึง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกายและอารมณ์

6. บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกของเราเข้าสู่ยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุ ปี 2558 จำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,300 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.3 ซึ่งถือว่าโลกของเราได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 23 ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 9 สำหรับประเทศด้อยพัฒนามีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 5 เท่านั้น¹ ประชากรผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ทวีปเอเชีย ยุโรป อเมริกาเหนือ ตามลำดับ² กลุ่มประเทศอาเซียนประเทศที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อินโดนีเซีย (21.19 ล้านคน), ไทย (10.73 ล้านคน) และเวียดนาม (9.61 ล้านคน) ตามลำดับ³ ช่วงอายุของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้นถึงร้อยละ 56.5⁴ จำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทย 65,323,000 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.50 เพศชาย ร้อยละ 7.38 เพศหญิง ร้อยละ 9.1⁵ ในขณะที่ผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 4 มีประชากรทั้งหมด 4,677,760 คน เป็นประชากรสูงอายุร้อยละ 16.8 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันประกอบด้วย กลุ่ม 1 ติดสังคม (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด) ร้อยละ

2 Folder//แนวทาง//แบบรายการประเมินผลงานที่ผ่านมา
ของ นางพัชราภรณ์ พัฒนะ พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

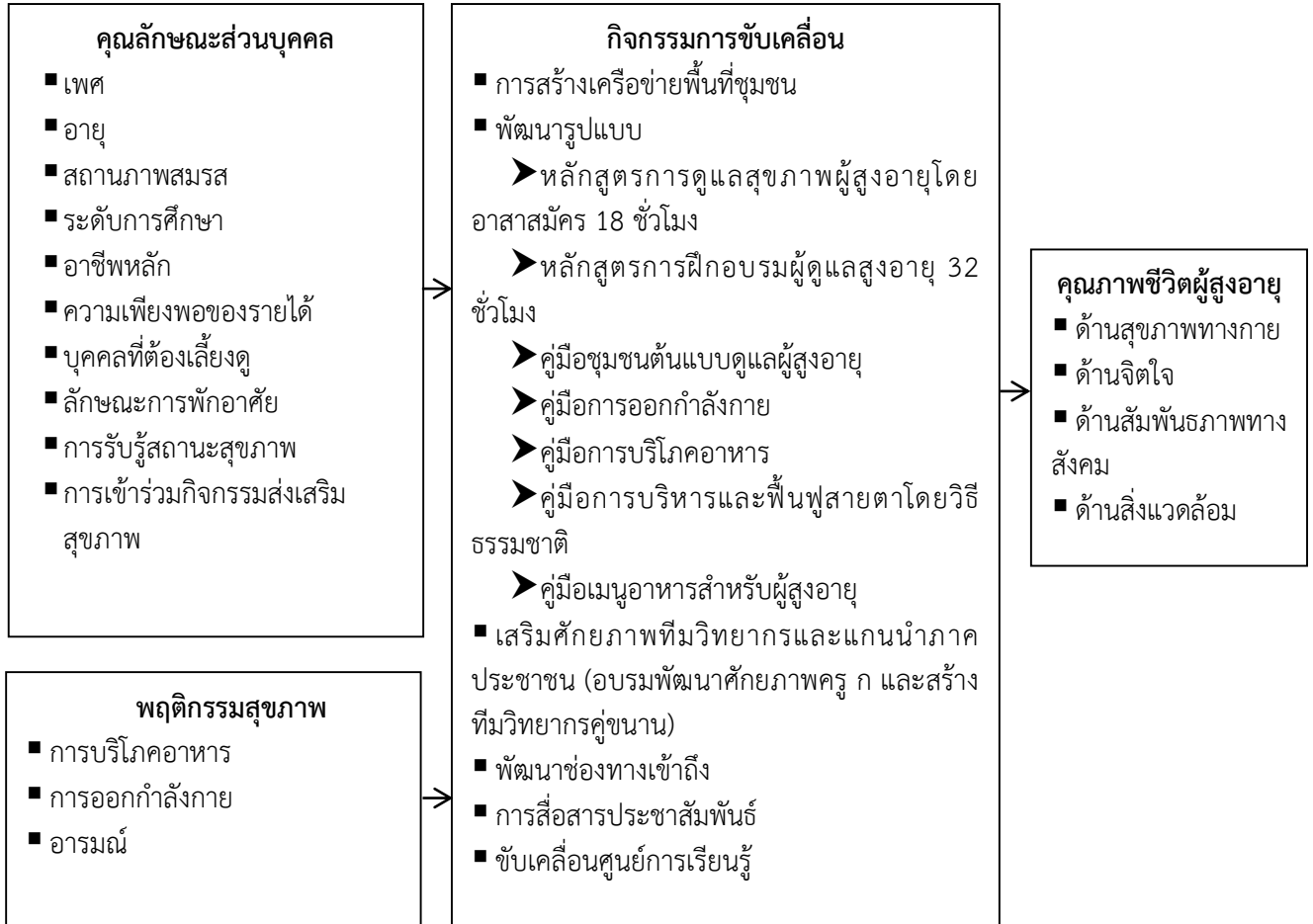
96.14 กลุ่ม 2 ติดบ้าน (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน) ร้อยละ 3.01 และกลุ่ม 3 ติดเตียง (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย) ร้อยละ 0.85 โดยที่ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง) ร้อยละ 3.86⁶ จากการสำรวจ สุขภาวะผู้สูงอายุไทยยังพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตร้อยละ 41 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18 และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9⁷

บัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เป็นแผน ระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อ “วงจรกิจวิต” ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้ เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด โดยยึดหลัก “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” พร้อมสร้างกระบวนการความมั่นคง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน⁸ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการบูรณาการยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ให้เกิดการทำงานร่วมกันใช้กลไก คณะกรรมการ เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขบรรลุเป้าหมาย ส่งผลถึงประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพดี⁹ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตน การส่งเสริมสุขภาพในแต่ละบุคคล แนะนำ วิธีการที่เหมาะสม ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของสุขภาพและแนวทางแก้ไข สนับสนุนให้กระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอและยาวนาน¹⁰ และใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม โดยการสร้างให้ประชาชนที่เป็นเจ้าของปัญหาพร้อมกับทุกภาค ส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาปฏิบัติการร่วมกันและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปพัฒนา¹¹ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในโครงการศูนย์การเรียนรู้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ชาญยุทธศาสตร์ “ ไตรพลัง ” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายทอดองค์ความรู้ การขับเคลื่อนของพลังสังคมของบุคคลต้นแบบ ชุมชน ต้นแบบ องค์กรต้นแบบ ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน คือ 1) พลังปัญญา เน้นการจัดการความรู้ ในระดับบุคคล 2) การขับเคลื่อนพลังสังคม เน้นการสร้างเครือข่ายจากทุกภาคส่วน และ 3) การขับเคลื่อนนโยบาย เป็น การนำพลังปัญญาและพลังการขับเคลื่อนสังคมที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและจัดทำนโยบาย สาธารณะ¹² แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับทางด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และ ร่างกายตามลำดับ ซึ่งด้านร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการออกกำลังกาย ด้านจิตใจควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่ เด็กและเยาวชน ด้านสิ่งแวดล้อมควรจัดโครงการชุมชนน่ายู่ การส่งเสริมชุมชนในการบริหารจัดการ ปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ¹³ การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ ทศนคติและมีความตระหนัก ต่อการแสดงบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน ความสัมพันธ์ในสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ และร่วมดำเนินการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน¹⁴ ปัจจัยการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพจิตและทางสังคม นอกจากนั้นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางสังคมนั้น มีความสัมพันธ์กับการมีเครือข่าย¹⁵ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวมา เห็นถึงความสอดคล้องและสรุปได้ว่าการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุ ต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด เป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย (LE) 85 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) 75 ปี การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม การส่งเสริมสุขภาพเป็นการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุไม่ให้เข้าสู่กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ให้สามารถดำรงชีวิตได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างศูนย์การ เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนโดยชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 มุ่งผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ พร้อมพัฒนาตามบริบทของชุมชน ผู้ศึกษามีความสนใจว่าจะมีอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อน-หลัง มีความแตกต่างกันหรือไม่อีกทั้งเพื่อเป็นการศึกษา และใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาเพื่อดูใน

เรื่องของคุณภาพชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประเมินเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)



7. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อเปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพศ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นประชากรเพศชายหรือเพศหญิง เขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดนครนายก

อายุ หมายถึง อายุเต็มของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป แบ่งเป็นช่วงอายุ 3 ช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ผู้สูงอายุวัยปลาย (80-90 ปีขึ้นไป)

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาโดยแบ่งเป็น คู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตร่วมกันกับสามีหรือภรรยา โสด หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่คนเดียวโดยไม่มีคู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่คนเดียวโดยไม่ได้อยู่กับสามีหรือภรรยา

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษา

อาชีพหลัก หมายถึง การกระทำหรือการประกอบอาชีพที่ผู้สูงอายุกระทำซึ่งเป็นที่มาของรายได้สูงสุด

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง รายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากทุกแหล่งต่อเดือนเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อเดือน โดยแบ่งดังนี้ ไม่เพียงพอมีหนี้สิน, ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน, เพียงพอแต่ไม่มีเหลือ, เพียงพอมีเหลือเก็บ

ลักษณะการพักอาศัย หมายถึง สภาพการอาศัยอยู่ของผู้สูงอายุเป็นการอยู่รวมกันกับบุคคลอื่นๆ ภายในบ้านเดียวกัน อาจหมายถึงการอาศัยอยู่คนเดียว การอาศัยอยู่กับคู่สมรส/คู่ครอง การอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติหรือคนอื่นๆ

การรับรู้สถานะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกรู้สึกต่อสภาวะทางร่างกาย ความสุขทางจิตใจและทางปัญญา ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองหมายถึงการรับรู้สุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดีเยี่ยม ดีมาก ดี พอใช้ได้ และไม่ดี 2) โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายส่งผลให้ต้องมีการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเช่น ความดันโลหิตสูงข้อเสื่อม ไช้มันในเส้นเลือด เบาหวานหัวใจหอบหืดมะเร็ง ไต เป็นต้น

การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การมีส่วนร่วมเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีความถี่หรือจำนวนครั้ง/เดือน ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ทุกสัปดาห์เดือนละ 2-3 ครั้ง เดือนละครั้งและไม่ได้เข้าร่วม

ศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้ อยู่อย่างมีความสุข โดยชุมชนสร้างกระบวนการความร่วมมือกันเป็นต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 2) วัดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 3) การดำเนินงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อสม.) 4) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรสาธารณสุข (รพ.สต./รพ.) 5) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์ โดยมีมาตรฐานส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ ไม่เคยเลย, ครึ่งคราว (1-4 ต่อสัปดาห์) และประจำ (5-7 ต่อสัปดาห์)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต¹⁶

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคม ที่เข้าร่วมโครงการศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ของ 24 ชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 4¹⁷

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มแบบระบบ

$$n = \frac{N p (1-p) z^2 + 1 a/2}{d^2 (N-1) + p(1-p) z^2 + 1 a/2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้

P = สัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 24.4¹⁸

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$ เมื่อ $\alpha = .05$

N = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาจำนวน 16,102 คน

$d = n$ ค่าความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุกำหนดให้เป็น 0.009

แทนค่าในสูตร $n = 5,669$ เพิ่มอีก 5% ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 5,960 คน

จำนวนตัวอย่างของแต่ละชุมชนจะเป็นสัดส่วนกับขนาดของชุมชน

ให้ $n_h =$ จำนวนตัวอย่างของแต่ละชุมชน $= n \cdot (N_h/N)$

เมื่อ $N_h =$ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุของชุมชนที่ h

จำนวนตัวอย่างของแต่ละชุมชนดังตาราง (รายละเอียดตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่เข้าร่วมโครงการศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ

จังหวัด	ชุมชน	จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมทั้งหมด (คน) = N_h	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) = $n_h = n \cdot N_h/N$
สระบุรี	บ้านเหวลาด	238	88
	หนองผักหนอก	194	72
	หนองดินแดง	115	43
ลพบุรี	บ้านข่อย	302	112
	โคงธนู	1,022	378
	ยางราก	1,110	411
สิงห์บุรี	ม่วงหมู่	1,392	515
	ทองเอน 1	1,168	432
	คอทราย	504	187
นครนายก	บ้านนา	1,379	510
	พระอาจารย์	982	364
	อบต.เกาะหวาย	216	80
พระนครศรีอยุธยา	หันสัง	622	230
	บ้านขลื้อ	369	137
	พุทเลา	481	171
อ่างทอง	จำปาหล่อ	652	241
	ตลาดใหม่	341	127
	ราษฎร์พัฒนา	418	155
นนทบุรี	ลานทอง	128	47
	บางพูดใน	265	98
	คลองข่อย	986	365
ปทุมธานี	กรีนการ์เด็นโฮม	1,049	388
	บ้านฟ้ารังสิต	900	333
	ฟ้าครามนคร	1,287	476
รวม		16,102	5,960

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน จำนวน 60 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้สถานะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานผักและผลไม้

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์ ของกรมอนามัย จำนวน 20 ข้อ¹⁹ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือไม่เคยเลย ครึ่งคร่าว (1-4 ต่อสัปดาห์) และประจำ (5-7 ต่อสัปดาห์) โดยให้คะแนน 0, 3 และ 5 ตามลำดับ นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแบ่งระดับ จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนนรวมเท่ากับ 100 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมด้านสุขภาพของท่านดีมาก คะแนนรวมเท่ากับ 80-99 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมด้านสุขภาพดี คะแนนรวมเท่ากับ 60-79 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมด้านสุขภาพดีปานกลาง คะแนนรวมน้อยกว่า 60 คะแนน หมายถึง ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.756

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.8406 มีความตรง (Validity) 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถาม มีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบจำนวน 3 ข้อคือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับคือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่น้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแย่น้อยระดับกลางๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมากรู้สึกดีมาก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล:

1. ลักษณะทั่วไปใช้ค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์กับคุณภาพชีวิต โดยใช้สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน
 3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยใช้ t-test
- ทั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัยรหัสโครงการวิจัย 244 วันที่ 23 กรกฎาคม 2561

วิธีการดำเนินงาน : แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ การเตรียมการ

- 1) สุ่มกลุ่มเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดละ 3 ชุมชน ทั้ง 8 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 24 ชุมชน
- 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ ให้ผู้รับผิดชอบระดับ สสจ. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
- 3) จัดประชุมชี้แจงโครงการทั้งหมด 24 ชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด, ระดับอำเภอ, รพ.สต. และ อปท. เพื่อรับทราบและเข้าใจถึงแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

ระยะที่ ๒ การดำเนินงาน

- 4) ทำหนังสืออนุมัติขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และขออนุญาตเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการ
- 5) ประสานผู้รับผิดชอบหลักของศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งหมด 24 ชุมชน เพื่อนัดวันลงเก็บแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการตามจำนวนผู้สูงอายุแต่ละแห่ง

6) ดำเนินการจัดกิจกรรม ได้แก่ ผลิตสื่อ, เก็บข้อมูล, คีนข้อมูลสู่ชุมชน, เสริมศักยภาพทีมวิทยากรและแกนนำภาคประชาชน (อบรมพัฒนาศักยภาพครู ก.และสร้างทีมวิทยากรคู่ขนาน), การพัฒนาช่องทางเข้าถึง, การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการขับเคลื่อนศูนย์การเรียนรู้ เป็นต้น

ระยะที่ ๓ การติดตามประเมินผล

7) ทำหนังสืออนุมัติขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโครงการจากศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด

8) ประสานผู้รับผิดชอบหลักของศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งหมด 24 ชุมชน เพื่อนัดวันลงเก็บแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโครงการตามจำนวนผู้สูงอายุแต่ละแห่ง

วิธีการเก็บข้อมูล:

1. อธิบาย สร้างความเข้าใจและทดสอบฝึกปฏิบัติการถามแบบสอบถามกับผู้สูงอายุ ให้กับผู้ร่วมทีมในการลงพื้นที่เก็บแบบสอบถาม จำนวน 5 ท่าน/ชุมชน

2. ดำเนินการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยการชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามข้อกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลให้ผู้สูงอายุรับทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หากผู้สูงอายุมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อความถามก็จะอธิบายเพิ่มเติมโดยผู้ศึกษาคอยให้คำแนะนำขณะเก็บข้อมูล

9. ผลการดำเนิน/ผลการศึกษา

9.1 ลักษณะส่วนบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 5,926 คน ร้อยละ 63.1 เป็นเพศหญิง มีอายุ 60-98 ปี พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57.6 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 59.3 จบการศึกษาภาคบังคับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.0 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 36.2 แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวถึง ร้อยละ 8.2 ผู้สูงอายุร้อยละ 71.9 มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัว 3 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.8 เบาหวาน ร้อยละ 29.0 ไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 27.6 ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 81.9 พบว่า 4 อันดับแรก คือ การเดิน ร้อยละ 65.5 การแกว่งแขน ร้อยละ 44.0 การยืดเหยียด ร้อยละ 17.6 และการปั่นจักรยาน ร้อยละ 5.2 ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 5,926 คน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2,189	36.9
หญิง	3,737	63.1
อายุ(ปี)		
60-69	3,410	57.6
70-79	1,815	30.6
80-99	701	11.8
สถานภาพสมรส		
โสด	499	8.4
สมรส	3,515	59.3
หม้ายหย่า แยกกันอยู่	1,912	32.3

ตารางที่ 2 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 5,926 คน (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	447	7.5
ประถมศึกษา	4,406	74.4
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	369	6.2
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	325	5.5
อนุปริญญา	113	1.9
ปริญญาตรี	237	4.0
สูงกว่าปริญญาตรี	29	0.5
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2,506	42.3
เกษตรกรกรรม	1,356	22.9
รับจ้างทั่วไป	1,097	18.5
ค้าขาย	573	9.7
ข้าราชการบำนาญ	355	6.0
ธุรกิจส่วนตัว	39	0.7
ลักษณะการพักอาศัย		
อยู่คนเดียว	483	8.2
อยู่กับบุตรหลาน	2,003	33.8
อยู่กับคู่สมรส	1,013	17.1
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	2,148	36.2
อยู่กับญาติ	255	4.3
อยู่กับบิดามารดา	24	0.4
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	1,663	28.1
มีโรคประจำตัว	4,263	71.9
ความดันโลหิตสูง	3,019	70.8
เบาหวาน	1,238	29.0
ไขมันในเส้นเลือด	1,175	27.6
ข้อเสื่อม	857	20.1
หัวใจ	405	9.5
ไต	179	4.2
หอบหืด	145	3.4
มะเร็ง	67	1.6
การออกกำลังกาย		
ไม่มีการออกกำลังกาย	1,072	18.1
มีการออกกำลังกาย	4,854	81.9
เดิน	3,884	65.5
แกว่งแขน	2,612	44.0
ยืดเหยียด	1,045	17.6
ปั่นจักรยาน	287	5.2

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพการบริโภค การออกกำลังกายและอารมณ์ดีขึ้น โดยระดับของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการเหมือนกัน คือ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 66.1 ดี ร้อยละ 25.5 ควรปรับเปลี่ยน ร้อยละ 7.9 และ ดีมาก ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของผู้สูงอายุ 5,926 คน

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ	
	ก่อน	หลัง
ดีมาก	0.5	0.5
ดี	19.9	25.5
ปานกลาง	61.0	66.1
ควรปรับเปลี่ยน	18.6	7.9

9.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาพรวมและแยกรายด้าน

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 91.2 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับดี ร้อยละ 8.4 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.4 เมื่อพิจารณารายมิติผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 29.9 ด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 14.7 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุ 5,926 คน

ระดับคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต									
	คุณภาพชีวิตโดยรวม		ด้านสุขภาพกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ไม่ดี	1.5	0.4	2.4	1.0	1.4	0.4	20.3	14.1	1.2	0.2
ปานกลาง	91.3	91.2	85.1	84.3	59.2	56.4	67.9	72.0	70.8	69.8
ดี	7.2	8.4	12.5	14.7	39.4	43.2	11.8	13.9	28.0	29.9
คะแนนเฉลี่ย	81.2	82.6	23.0	23.4	21.6	21.9	9.2	9.5	27.4	27.8
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.1	9.5	3.2	3.1	3.2	3.1	1.9	1.8	4.0	3.6
มัธยฐาน	81.0	82.0	23.0	23.0	22.0	22.0	9.0	9.0	27.0	28.0
คะแนนต่ำสุด	32.0	53.0	10.0	11.0	6.0	10.0	3.0	5.0	8.0	13.0
คะแนนสูงสุด	120.0	118.0	35.0	35.0	30.0	30.0	15.0	15.0	40.0	39.0

9.3 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1) การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ก่อน-หลัง เข้าร่วมโครงการพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ ($t = 22.331, p < 0.05$) มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่าง ($t = 60.426, p < 0.05$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์ ($t = 51.480, 37.072, 10.001$ ตามลำดับ, $p < 0.05$) คุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่าง ($t = 45.087, p < 0.05$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ในเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($t = 32.314, 30.211, 27.683, 28.192$ ตามลำดับ, $p < 0.05$) (รายละเอียดตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อน-หลัง เข้าร่วมโครงการของผู้สูงอายุ 5,926 คน

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ			22.331*
- ก่อน	1.5	0.7	
- หลัง	1.6	0.8	
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม			60.426*
- ก่อน	69.6	11.8	
- หลัง	73.1	9.8	
การบริโภคอาหาร			51.480*
- ก่อน	3.6	0.5	
- หลัง	3.8	0.4	
การออกกำลังกาย			37.072*
- ก่อน	2.9	1.3	
- หลัง	3.1	1.1	
อารมณ์			10.001*
- ก่อน	3.7	1.0	
- หลัง	3.8	0.9	
คุณภาพชีวิตโดยรวม			45.087*
- ก่อน	81.1	10.0	
- หลัง	82.6	9.5	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย			32.314*
- ก่อน	23.0	3.2	
- หลัง	23.4	3.1	
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ			30.211*
- ก่อน	21.6	3.2	
- หลัง	21.9	3.1	
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม			27.683*
- ก่อน	9.2	1.9	
- หลัง	9.5	1.8	
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม			28.192*
- ก่อน	27.4	3.9	
- หลัง	27.8	3.6	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอแต่ไม่มีเหลือ ($\chi^2 = 16694.981, p < 0.05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ในระดับพอใช้ได้ ($\chi^2 = 20463.362, p < 0.05$) สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน รับรู้เท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ($\chi^2 = 10859.129, p < 0.05$) มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนทุกสัปดาห์ ($\chi^2 = 15060.963, p < 0.05$) การออกกำลังกาย ($\chi^2 = 5566.828, p < 0.05$) การรับประทานผัก 1-3 ทัพพีต่อวัน ($\chi^2 = 9049.786, p < 0.05$) รับประทานผลไม้ (หวานน้อย) 1-2 ส่วนต่อวัน ($\chi^2 = 10289.492, p < 0.05$) (รายละเอียดตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ก่อน (n)	หลัง (n)	χ^2
ความเพียงพอของรายได้			16694.981*
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	1,381	1,381	
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	1,053	956	
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือ	2,149	2,202	
เพียงพอมีเหลือเก็บ	1,343	1,387	
การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง			20463.362*
ดีเยี่ยม	125	130	
ดีมาก	498	504	
ดี	2,191	2,211	
พอใช้ได้	2,607	2,751	
ไม่ดี	505	330	
สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน			10859.129*
แย่กว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	872	764	
เท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน	3,472	3,565	
ดีกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	1,582	1,597	
ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน			15060.963*
ทุกสัปดาห์	3,533	3,103	
เดือนละ 2 -3 ครั้ง	1,832	2,240	
เดือนละครั้ง	385	393	
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	176	190	
การออกกำลังกาย			5566.828*
ไม่มีการออกกำลังกาย	1,128	18.1	
มีการออกกำลังกาย	4,798	81.9	
การรับประทานผักต่อวัน			9049.786*
ไม่รับประทาน	241	2.6	
1-3 ทัพพี	4,838	81.8	
4-6 ทัพพี	847	15.6	
รับประทานผลไม้ (หวานน้อย) ต่อวัน			10289.492*
ไม่รับประทาน	279	1.0	
1-2 ส่วน	4,316	73.9	
3-4 ส่วน	1,048	20.4	
มากกว่า 4 ส่วนขึ้นไป	283	4.7	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

9.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม, การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย และอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.25, 0.36, 0.28, 0.28, 0.24$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (รายละเอียดตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ									
	สุขภาพกาย		จิตใจ		สัมพันธภาพทางสังคม		สิ่งแวดล้อม		ภาพรวม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.17*	0.20*	0.12*	0.21*	0.17*	0.14*	0.14*	0.23*	0.18*	0.25*
2. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	0.22*	0.33*	0.23*	0.30*	0.15*	0.24*	0.25*	0.29*	0.27*	0.36*
3. การบริโภคอาหาร	0.14*	0.28*	0.17*	0.22*	0.09*	0.23*	0.20*	0.21*	0.25*	0.28*
4. การออกกำลังกาย	0.23*	0.28*	0.19*	0.22*	0.19*	0.23*	0.20*	0.21*	0.25*	0.28*
5. อารมณ์	0.17*	0.21*	0.21*	0.23*	0.07*	0.12*	0.19*	0.19*	0.21*	0.24*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล : จากการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 24 แห่ง จำนวน 5,926 คน การสร้างกระบวนการความมีส่วนร่วมเป็นต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ชมรมผู้สูงอายุ 2) วัดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 3) การดำเนินงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อสม.) 4) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรสาธารณสุข (รพ.สต./รพ.) 5) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นความเชื่อมโยงและร่วมกันสร้างศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเพื่อลดรอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน บูรณาการงานสูงอายุนั้นอยู่ในชุมชนทั้งในภาครัฐและเอกชน อีกทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตใจ มีกิจกรรมในวัดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจดีที่สุด การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม, การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย และอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการวัดศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบนี้ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ เข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์การเรียนรู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมความรู้ตามหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยอาสาสมัคร (18 ชม.), หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลสูงอายุ (32 ชม.), คู่มือชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ, คู่มือการออกกำลังกาย, คู่มือการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ, คู่มือการบริหารและฟื้นฟูสายตาโดยวิธีธรรมชาติ, คู่มือเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ อีกทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีการส่งเสริมแหล่งผลิตอาหาร และส่งเสริมให้มีบ้านตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสิ่งแวดล้อมที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีการพัฒนาขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับเขาวเรศ แต่งจวง กล่าวว่า "ผู้สูงอายุให้ความสำคัญทางด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม ด้านสิ่งแวดล้อมจึงควรจัดโครงการชุมชนน่าอยู่ การส่งเสริมชุมชนในการบริหารจัดการ ปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี" และวิจิตรา สีบุตรกุล กล่าวว่า "การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองพึ่งพาตนเองได้ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี"

10. การนำไปใช้ประโยชน์

ขยายรูปแบบศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 โดยนำรูปแบบชุมชนที่มีความพร้อมเป็นชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 5 องค์ประกอบ อีกทั้งชุมชนที่มีจุดเด่นในด้านต่างๆ คือ ชุมชนนวัตกรรม, ชุมชนการออกกำลังกาย, ชุมชนแหล่งผลิตผัก/ผลไม้, ชุมชนบ้านสำหรับผู้สูงอายุ เป็นตัวอย่างให้พื้นที่ใกล้เคียงสามารถมาเรียนรู้และศึกษาดูงานเพื่อนำไปพัฒนางานในชุมชนของตนเอง โดยได้มีการจัดเวทีสัมมนาให้ทุกคนได้ค้นหาสิ่งดี แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการต่อยอดต่อไป

11. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค (ที่เป็นปัญหายุ่งยากของผู้ดำเนินการ)

1. การออกแบบการวิจัยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสำหรับงานวิจัยนี้จะนำไปสู่การตอบปัญหาการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ทั้งรูปแบบและสถิติการวิจัย โดยต้องมีการศึกษาทฤษฎีและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานของคุณคลากรในกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวันสูงอายุ ใช้การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลของพื้นที่ประเด็นส่วนขาดเพื่อให้เกิดผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการต้องมีการวางแผนเป็นอย่างดีซึ่งจะต้องสร้างความเข้าใจให้ตรงกันของผู้เก็บข้อมูล และจำนวนกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมาก ต้องใช้เวลาในการลงเก็บข้อมูลการวิจัย

3. การประสานงานเนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยในระดับเขต จึงต้องมีการประสานงานทุกระดับ เช่น สสจ. สสอ. รพ.สต. อสม. อปท. และวัด การประสานพื้นที่เป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อให้การขับเคลื่อนเป็นไปตามเป้าหมาย จึงต้องมีการควบคุมกำกับกิจกรรมให้ตรงกับระยะเวลาที่กำหนดไว้ มีการคาดเคลื่อนบ้างในบางกิจกรรมได้ แต่ต้องมีการปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสม

4. กระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการดำเนินการ เพื่อให้ชุมชนเข้าใจกระบวนการทำงานที่เป็นระบบและเกิดการบูรณาการหน่วยงาน กิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมการลงกิจกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจึงควรต้องเข้าใจและเข้าถึงชุมชนให้มาก สื่อสารที่ชัดเจน เพื่อให้งานวิจัยสัมฤทธิ์ผลไปได้ด้วยดี

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ข้อเสนอแนะ :

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ :

1. ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และในรายมิติตามองค์ประกอบของการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม อีกทั้งยังพบว่าคุณภาพชีวิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดีสูงที่สุด จึงทำให้เห็นว่าเรื่องสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มองข้ามไม่ได้ ต้องส่งเสริมกิจกรรม ส่งเสริมการรวมกลุ่ม เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีขึ้น อีกทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จึงควรเน้นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ควรเน้นคุณภาพของกิจกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

2. การดำเนินงานเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การร่วมกันดำเนินงานโครงการศูนย์การเรียนรู้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ ควรเน้นบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. ควรดึงศักยภาพของชุมชน สร้างกระบวนการเรียนรู้ ให้ประชาชนและชุมชนเป็นเป็นผู้ร่วมคิด ร่วมทำร่วมตัดสินใจ จะต้องอยู่บนพื้นฐานของต้นทุนของชุมชน โดยการให้ชุมชนมองชุมชน ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามบริบทของชุมชนนั้นๆ รวมทั้งทรัพยากรมนุษย์ การดึงศักยภาพด้านภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาใช้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมและค่านิยมในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย :

การนำพลังปัญญาและพลังการขับเคลื่อนสังคมที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะ ข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับชุมชน องค์กร ท้องถิ่นและจังหวัด จนเกิดพลังในการจัดการชุมชนให้เป็นชุมชนศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนโดยมีแผนสุขภาพของชุมชน มีกิจกรรมขับเคลื่อน มีการสื่อสารสาธารณะ มีการเฝ้าระวัง ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืนเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งขับเคลื่อน ผลักดันการดำเนินงานศูนย์การเรียนรู้ชุมชนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบงานปกติของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป :

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตกับประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระดับเขตสุขภาพที่ 4

วิจารณ์ : ผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงวัยต้นสถานภาพสมรสเป็นผู้ที่สมรสแล้ว มีความสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร²⁰ ยังมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวซึ่งต้องให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจบระดับประถมศึกษาภาคบังคับ เกินครึ่งประกอบอาชีพ การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นไปตามพื้นฐานผู้สูงอายุในชนบทที่ตามพื้นที่ชุมชนที่ศึกษา ตรงกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันของประเทศไทย มีความสอดคล้องกับวิไลพร ขาวงษ์และคณะ²¹ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว อย่างไรก็ตามพบที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไปเป็นจำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงไม่ทำให้มีโรคประจำตัวเป็นเรื่องยาก ควรมีการส่งเสริมก่อนวัยผู้สูงอายุ เพียงแต่จะทำให้ผู้สูงอายุควบคุมและลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรค ผู้สูงอายุรับรู้ต่อสุขภาพของตนเองมีสุขภาพที่พอใช้ได้ ดี และดีมาก ตามลำดับ เป็นไปตามการระบุว่าตนเองมีสุขภาพที่ไม่ดีลดลง เช่นเดียวกับเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองเหมือนกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ²² ผู้สูงอายุมีการเพิ่มการออกกำลังกาย จะทำกิจกรรมเป็นกิจกรรมออกกำลังกายด้วยเองที่บ้าน แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการออกกำลังกายแบบกิจกรรมกลุ่มมากขึ้น เป็นเพราะโครงการมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีการคืนข้อมูลและให้ชุมชนเป็นผู้เลือกกิจกรรมมีการรับประทานผักมากขึ้น 1-3 ทัพพี แต่มีการรับประทานผลไม้ (หวานน้อย) มากกว่า 4 ส่วนขึ้นไปลดลง ผู้สูงอายุมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น โดยการลดความเสี่ยงจากการรับประทานผลไม้ แต่ก็รับประทานในสัดส่วนที่เหมาะสมกับโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง จะเห็นว่าความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ลดลง นั้นหมายถึงคุณภาพชีวิตของการเข้าร่วมดีกว่าความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรเน้นคุณภาพของกิจกรรมเช่นเดียวกับรูปแบบในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุพฤติกรรมสุขภาพการบริโภค การออกกำลังกายและอารมณ์ดีขึ้น โดยหลังเข้าร่วมโครงการมีระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพดีปานกลาง พฤติกรรมด้านสุขภาพดี ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น พฤติกรรมด้านสุขภาพดีมากตามลำดับ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าพฤติกรรมระดับดีมากไม่เพิ่มขึ้น แต่ในระดับดี ระดับปานกลางเพิ่มขึ้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันที่ระดับควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลง ส่วนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามมิติตามองค์ประกอบในการวัดคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านดีขึ้น มีความสอดคล้องกับเยาวเรศ แดงจวง²³

13. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ บุญสุยา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก นายอรรถ ชาญลิขิตกุล ที่ปรึกษาหลักของโครงการ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนนักวิชาการศูนย์อนามัยที่ 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นทั้ง 24 ชุมชน ที่อนุเคราะห์ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ที่กรุณาเสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

14. เอกสาร/เว็บไซต์อ้างอิง

1. United Nations New York. Department of Economic and Social Affairs World Population Ageing 2015 Highlights. United Nations, 2015 All rights reserved.(Online).[cited 2017 January 1]. Available from <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.shtml>
2. United Nations New York. Department of Economic and Social Affairs World Population Ageing 2017 Highlights. United Nations, 2017 All rights reserved. (Online).[cited 2018 May 17]. Available from :<http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2017.shtml>
3. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ประชากรสูงอายุอาเซียน. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม. กรุงเทพฯ; 2559.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร; 2557.
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2559(1 กรกฎาคม).ปีที่ 25 มกราคม 2559. จ.นครปฐม.(ออนไลน์).[สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2559]. จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>
6. กรมอนามัย,ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. รายงานการตรวจราชการรอบ 2 พ.ศ.2560. สระบุรี;2560.
7. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย(ด้านสุขภาพ). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2557.กรุงเทพมหานคร; 2558.
8. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่1. โรงพิมพ์เทพปัญญาอินทร์;2552.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,กระทรวงสาธารณสุข.ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2559. กรุงเทพมหานคร;2559.
10. สอาด มุ่งสิน.แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย.;2556. [สืบค้นเมื่อ17 มีนาคม 2560]. จาก www.bcnsp.ac.th/2011/admin/att/05-07-2013_aorsaard_course.doc
11. สุพรรณิไชยอำพร และคมพลสุวรรณกัญญา.การศึกษาศูนย์การเรียนรู้ด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการระดับชุมชน กรณีศึกษาชุมชนแม่ระกา ตำบลแม่ระกาอำเภอวังทองจังหวัดพิษณุโลก.กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์;2550.
12. ศูนย์อนามัยที่ 4สระบุรี กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรมอนามัย.คู่มือเกณฑ์ชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ. โครงการศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืน ด้านพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. โรงพิมพ์อินดี้ ดีไซน์ จ.นครราชสีมา; 2560.
13. ยาวเรศแดงจวง. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแลจังหวัดอุตรดิตถ์.ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร 2558; 16(2),85-93.
14. วณันท์แฮคา. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ่ง อ.เอราวัณ จ.เชียงใหม่.ปริญาโทการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สำนักหอสมุด: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
15. รณชัยเหล็งเอี่ยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ(การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
16. กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองทางสุขภาพจิต: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. โปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ.2545.เชียงใหม่; 2545.

17. ฉวีวรรณ บุญสุยา. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง. ประมวลสารชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;2544.
18. พัชราภรณ์ พัฒนา. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี.การค้นคว้าอิสระ,สาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
19. สำนักโภชนาการ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการก้าวสู่ความยั่งยืน; 2556.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร; 2557.
21. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญาและจิตาภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554; 5(2),32-40.
22. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย(ด้านสุขภาพ). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2557.กรุงเทพมหานคร; 2558.
23. เยาวเรศ แดงจวง. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร 2558; 16(2),85-93

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ
(นางพัชราภรณ์ พัฒนา)
ผู้เสนอผลงาน
...../.....สิงหาคม...../.....2562.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ
(นางสาวเพชร ชวนะพันธุ์)
ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
...../.....สิงหาคม...../.....2562.....

ลงชื่อ
(นายพนิตเทพ ทัพพะรังสี)
ตำแหน่งทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
...../.....สิงหาคม...../.....2562.....

ลงชื่อ
(นางสาวไสววรรณ ใฝ่ประเสริฐ)
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานีปฏิบัติหน้าที่
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
...../.....สิงหาคม...../.....2562.....

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง ความรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ
ในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย
และอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 4

ของ

ชื่อ นางพัชราภรณ์ พัฒนะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 708

กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

กรมอนามัย

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 708

กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

กรมอนามัย

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ชื่อผลงานเรื่องความรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมเขตสุขภาพที่ 4
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562
3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

3.1.1 ที่มาความสำคัญของปัญหา

กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้ ภูมิปัญญา เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงานและเพื่อเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ๒๐ ปี ที่เน้นหนักการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ เป็นการอภิบาลแบบเครือข่าย เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันในงบประมาณ ๒๕๕๙ กรมอนามัย ได้ดำเนินโครงการ ๑๐๐ ตำบล ต้นแบบในการบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยคัดเลือกพื้นที่จาก ๑,๐๐๐ ตำบล จัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย แบบบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นบูรณาการทำงานแบบประชารัฐ มีกลไกขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วม โดยยึดหลักการทรงงาน “เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา” ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้เกิดตำบลต้นแบบในการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ศูนย์อนามัยและพื้นที่นอกจากนี้กรมอนามัยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะการดำเนินงาน การเพิ่มผลผลิตและการนำกลไกแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ รวมถึงองค์ความรู้ด้านการจัดการค่ากลางเป็นเครื่องมือในการบูรณาการงานสาธารณสุขในระดับตำบลและมีการนำค่ากลางมาใช้ในการจัดทำแผนงานโครงการกิจกรรมด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่างๆ และได้จัดอบรมหลักสูตรวิทยากรเชี่ยวชาญใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลาง (Super Trainer) เพื่อพัฒนาบุคลากรแกนนำให้มีองค์ความรู้ ทักษะ เทคนิค และความเชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานโดยใช้ค่ากลางของ ดร.นพ.อมร นนทสุต และขยายผลในระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาบุคลากรแกนนำให้มีความรู้ ทักษะ เทคนิค และความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานพัฒนาตำบลต้นแบบบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีเป้าหมายขยายพื้นที่ตำบลต้นแบบบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็น ๒๐๐ ตำบล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ปีงบประมาณ 2560 ทางศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ได้ผลักดันให้ชุมชนมีโครงการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ครอบคลุม 4 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวัง/คัดกรอง มาตรการทางสังคม การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับแผนงาน/โครงการ โดยได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะการดำเนินงาน การเพิ่มผลผลิต และการนำกลไกแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ รวมถึงองค์ความรู้ด้านการจัดทำค่ากลางมาใช้ในการจัดทำแผนงานโครงการด้านสุขภาพที่สำคัญต่างๆ ในปีงบประมาณ 2561 เพื่อให้การขับเคลื่อนตำบลบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมตามประเด็นยุทธศาสตร์อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมดำเนินการและพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม มีนวัตกรรมสังคมหรือ Best Practice ทำให้เกิดการสร้างแผนพัฒนาบทบาทที่สำคัญมีการสร้างการเปลี่ยนแปลงชัดเจนเพื่อสร้างพฤติกรรมของคน โดยเปลี่ยนแปลงค่ากลางสร้างเครือข่ายและเสริมสมรรถนะจนเกิดการเปลี่ยนแปลงตามกลุ่มวัย สิ่งแวดล้อม และนวัตกรรม ส่งผลต่อการติดตามประเมินและการเปลี่ยนแปลงโครงการ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ขับเคลื่อนร่วมกับภาคีและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสืบไป

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาผู้วิจัยมีความสนใจว่าสิ่งต่างๆ ที่ได้นำเข้าไปให้ชุมชนนั้นคือ 1. สถานการณ์ 2. การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลางครอบคลุม 4 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวัง/คัดกรอง มาตรการทางสังคม การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับแผนงาน/โครงการ 3. ความเข้มแข็งชุมชน 4. กลไกการทำงานในระดับพื้นที่ 5. นวัตกรรมองค์ความรู้เทคโนโลยีชุมชนได้จะส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 4 จริงหรือไม่ รวมทั้งเพื่อต้องการประเมินและอธิบายความรอบรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 4

3.1.2 สถานการณ์แนวโน้มของความรอบรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วโลก: ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 8 ประเทศยุโรป รวม 7,795 คน ในประเทศเยอรมัน กรีซ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรีย สเปน ไอร์แลนด์ บัลแกเรียและโปรแลนด์ จำนวน 1,045, 998, 993, 979, 974, 959, 925 และ 922 คน ตามลำดับด้วยวัดแบบ The HLS-EU-Q47 เกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีเยี่ยมพอเพียงเป็นปัญหาและไม่พอเพียงพบว่า ประชาชนในยุโรปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียงร้อยละ 36.0 รองลงมาอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาระดับดีเยี่ยมและระดับไม่พอเพียงร้อยละ 35.2, 16.5 และ 12.3 ตามลำดับ หรือกล่าวได้ว่าจำนวนประชาชนยุโรปมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มที่พอเพียงขึ้นไปกับระดับที่เป็นปัญหาลงไปในทิศทางเดียวกัน (HLS-EU Consortium, 2012) **ผลสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศแคนาดา** ได้ทำการสำรวจในประชาชนอายุ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 23,000 คนพบว่าร้อยละ 55 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าในระดับที่เพียงพอหรือต่ำกว่าระดับ 3 จาก 5 ระดับ และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีถึงร้อยละ 88 และขาดความรอบรู้ในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยความรู้เรื่องโรคและการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพและยังพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำด้วย (Rootman&Gordon-El-Bihbety,2008) **การศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกา** ได้สรุปว่าการไม่รอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Healthy People, 2010) **ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศในเอเชีย** ในช่วงปี ค.ศ.2013-2014 โดย Duong Tuyen et al. (2017) มีการเก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ใหญ่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 6 ประเทศ จำนวน 10,024 คน ประกอบด้วยประเทศอินโดนีเซีย คาซัคสถาน มาเลเซีย พม่า ไต้หวัน และเวียดนาม จำนวน 1,029, 1,845, 462, 1,600, 3,015 และ 2,073 คน ตามลำดับ โดยประยุกต์ใช้แบบวัด The HLS-EU-Q47 ของ Sorensen (2013) และแปลเป็น 7 ภาษาแบบวัดมี จำนวน 47 ข้อ 4 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก 2 หมายถึง ยาก 3 หมายถึง ง่าย และ 4 หมายถึง ง่ายมาก มีองค์ประกอบการวัด 4 ด้าน คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบประเมินและตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ ผลการศึกษาพบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ของทั้ง 6 ประเทศ และในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีรายงานค่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ประเทศ แต่รายงานผลการศึกษาที่วาระระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับรับการศึกษาและระดับสถานภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.05$) **ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไต้หวัน** ตามที่ Van Tuyen Duong, I Feng Lin, & Sorensen (2015) ทำการสำรวจในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,989 คน โดยใช้แบบวัดของยุโรปแปลเป็นภาษาจีนในการสำรวจพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไปอยู่ระดับปานกลางและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับที่สูง คือประชาชนมีความสามารถในการจ่ายค่ายา มีการรับรู้ต่อสถานะทางสังคมสูง มีความถี่ในการดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพสูง มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสุขภาพสูง

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย: การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกจังหวัดในประเทศไทยเริ่มต้น ในปี พ.ศ. 2557 ของคนไทยวัยผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมจำนวน 30,793 คน สำรวจโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ในปี พ.ศ.2556 จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) จำนวน 3 ระดับ คือระดับพื้นฐาน (Basic Level) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interaction

Level) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Level) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องแบ่งระดับการประเมิน 3 ระดับคือไม่ดีพอใช้ดีมากผลสำรวจพบว่าคนไทยวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้และดีมากเท่ากับ 39.0 และ 1.6 ตามลำดับและมีพฤติกรรมผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชนอยู่ในระดับที่ไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 53.5 ส่วนผลสำรวจทุกจังหวัดของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2559 กับคนไทยอายุ 15-59 ปี จำนวน 15,278 คนโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ.2557 โดยผลส่วนใหญ่ยังคงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 45.50 และระดับดีมากร้อยละ 5.5 ตามลำดับและมีพฤติกรรมซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 63.0

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 4: การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานทางสุขภาพสำหรับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กองสุกศึกษาได้ร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่จำแนกด้วยระดับผลเลือดและอาการที่เรียกว่าปิงปองจรรยาจร 7 สี โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสีเขียวแก่ เหลือง แดง ส้ม ดำ วัตถุประสงค์เพื่อวัดและประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของทุกจังหวัดในทุกเขตบริการสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 12 เขตสุขภาพ ในภาพรวมมีระดับความรู้แจ้งแตกฉานอยู่ในระดับรู้จัก (<70%) ทั้งกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม) และกลุ่มป่วยระดับ 1-3 และป่วยรุนแรง (สีเหลือง ส้ม แดง ดำ) ร้อยละ 89.3 มีเพียงร้อยละ 10.7 เท่านั้นที่มีระดับการรู้แจ้ง $\geq 75\%$ ส่วนความแตกฉานโดยการประเมินจากการทำพฤติกรรมทั้ง 5 พฤติกรรมอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ยังมีจำนวนน้อย ร้อยละ 19.1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.9 มีการปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือทำไม่ครบ 5 พฤติกรรม สำหรับเขตสุขภาพที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.6 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.6 การศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ร้อยละ 63.7 มีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 13.7 การรับรู้สุขภาพ โดยรับรู้แข็งแรงหรือดูแลตนเองได้ ร้อยละ 95.4 ภาวะสุขภาพระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) ร้อยละ 26.6 รู้แจ้ง $\geq 75\%$ ทำ 5 พฤติกรรม 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 1.0 เป็นลำดับที่ 10 รู้จัก <75% <3 วันต่อสัปดาห์และ/หรือ <5 พฤติกรรม ร้อยละ 13.5 (กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,2559)

3.1.3 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ระดับความสามารถของบุคคล ในการแสวงหาหรือเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับตนเอง (US Department of Health and Human Sciences) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์กรใดๆหมายถึงผลลัพธ์ของการดำเนินการให้ข้อมูลขององค์กรที่ทำให้คนทำงานและลูกค้ารู้สึก ว่าข้อมูลนั้นเกี่ยวข้องกับตนเองทั้งที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต สภาพการเจ็บป่วย อาการที่มีอยู่เป็นอยู่ นอกจากนี้ ข้อมูลที่ให้อาจเป็นข้อมูลที่เข้าใจได้ง่าย เข้าใจได้เองหรือมีคนช่วยให้คำตอบหรือโต้ตอบด้วย จนเกิดการตัดสินใจในการใช้บริการ ตลอดจนการทำกิจกรรมที่บ้านเพื่อให้มีสุขภาพดีความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาล หมายถึงผลลัพธ์ของการดำเนินการให้ข้อมูลของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการให้ข้อมูลนั้นเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต สภาพการเจ็บป่วย อาการที่มีอยู่เป็นอยู่ นอกจากนี้ข้อมูลที่ให้อาจเป็นข้อมูลที่เข้าใจได้ง่าย เข้าใจได้เองหรือมีคนช่วยให้คำตอบหรือโต้ตอบด้วย จนเกิดการตัดสินใจในการรับการรักษา หรือการเข้ายา ตลอดจนการทำกิจกรรมที่บ้านเพื่อให้หายจากโรค พ้นจากการเจ็บป่วย และสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงดังเดิมได้ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพการเจ็บป่วยหรือกระบวนการรักษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ หัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ,2559) การทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยยกระดับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ การใช้ข้อมูล และทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงเป็นการดำเนินงานสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในทุกบริบทและกลุ่มวัยมากขึ้น (กฎบัตรกรุงเทพ พ.ศ.2548 และ Shanghai Declaration 2016)

แนวคิดของ Nutbeam (2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียนเพื่อให้เข้าถึงสาระด้านสุขภาพซึ่งจัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/Interactive Literacy) ได้แก่สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่สามารถทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเช่น การรู้จักซักถามผู้รู้การถ่ายทอดรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นเข้าใจเพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้นระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง **แนวคิดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข** โดยนายแพทย์วิฑูรย์ พงษ์จันทร์ (2560) ได้กำหนดกรอบแนวคิดการสร้างความสำเร็จความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเพื่อเกิดการเรียนรู้ตามรูปแบบ V Shape Model 6 ด้าน คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อมากกว่า การสอนให้รู้ (สถานการณ์ปัจจุบัน คือ รู้แต่ไม่ทำ) แต่เป็นการสอนให้รู้ คิดเป็น ทำเป็นและบอกต่อได้ ที่เข้าถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ



การพัฒนาความรอบรู้ของประชาชนไทย กรมอนามัยได้กำหนดกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข,ปีที่ 41 ฉบับพิเศษ 2561)



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง:การศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป (กิมล โรมาและสายชล คล้อยเอี่ยม, 2561) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์ กับผลลัพธ์สุขภาพมากกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ อาทิการศึกษาและรายได้ การศึกษาวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและ ผลลัพธ์สุขภาพ ใช้แบบสำรวจความรอบรู้ที่พัฒนาขึ้น พื้นที่กลุ่มตัวอย่าง 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา กรุงเทพฯ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช จังหวัดละ 120 คน แบ่งเป็นเขตเมือง 60 คน และนอกเมือง 60 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) จำนวนผู้เข้าร่วมศึกษา 722 คน เพศหญิง ร้อยละ 65.5 เป็นกลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไปร้อยละ 45.8 มากกว่าครึ่งสมรส ร้อยละ 53.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.6 2) สภาวะสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 22.7 ตรวจแต่ไม่พบโรค ร้อยละ 37.1 ตรวจพบโรคเรื้อรัง 40.2 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดไปน้อย คือ ความดันเลือดสูง ไขมันเลือดผิดปกติ เบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ ร้อยละ 72.2 ทุกจังหวัดมีระดับการเข้าถึงน้อยกว่าความเข้าใจ การซักถามและการ ตัดสินใจ โดยจังหวัดที่มีระดับการเข้าถึงและอื่นๆ มากคือ นครศรีธรรมราช ส่วนที่น้อยคือ เชียงใหม่และนครสวรรค์ เมื่อ พิจารณาในเมืองและนอกเมืองแต่ละจังหวัดพบว่า ทุกจังหวัดคนในเมืองเข้าถึงและเข้าใจได้มากกว่านอกเมือง ยกเว้น เชียงใหม่และชลบุรี 3) ร้อยละ 97.9 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประเด็นสื่อสารหลักมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนข้อความ ทั้งหมด 66 ข้อความ คนที่ตรวจร่างกายแต่ไม่พบโรค และไม่เคยตรวจมีระดับความรอบรู้สุขภาพ (การเข้าถึง เข้าใจ ซักถามและตัดสินใจ) มากกว่าคนที่ เป็นโรคเรื้อรังและโรคที่เป็นในอันดับต้น คือ โรคความดันโลหิตสูง 4) คนที่ตรวจ ร่างกายแต่ไม่พบโรคและไม่เคยตรวจมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (การเข้าถึง เข้าใจ ซักถามและตัดสินใจ) มากกว่า คนเป็นโรคเรื้อรังและโรคที่เป็นในอันดับต้น คือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนไขมันและเบาหวานรองลงมา **การศึกษาเรื่อง กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน** (ประภัสสร งามแสงในและคณะ, 2557) ได้ศึกษา เรื่องความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนสิงหาคม 2556 โดยใช้แบบทดสอบ ความฉลาดทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นด้วยหลักการให้ อสม. อ่านความรู้สาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์และตอบคำถามเพื่อ ประเมินความเข้าใจและการตีความ จำนวน 20 เรื่อง ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 168 คนเข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุเฉลี่ย 47.8 ± 10.3 ปีสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.8 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 51.2 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.3 หรือรับจ้าง ร้อยละ 33.9 ประมาณสองในสาม ของตัวอย่างเป็น อสม. มานานกว่า 2 ปี ร้อยละ 63.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท หรือน้อยกว่า ร้อยละ 67.1 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเฉลี่ย 14.8 ± 3.2 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน รวมทั้งพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจกับอายุและระดับการศึกษาของ อสม. และสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดีแต่บางส่วน ยังขาดทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ซึ่งศักยภาพของ อสม. ในการให้ความรู้แก่ชุมชน อาจด้อยลงหากมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่ เพื่อนบ้านผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาประกอบด้วยใน กระบวนการสรรหา อสม. เพราะมีความสัมพันธ์ต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจซึ่งมีความจำเป็น ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. **การศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน** (สุชีรา มะหิเมือง, 2559) การวิจัย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยใช้วิธีวิทยาการวิจัยที่ประยุกต์ตามแนวทาง พัฒนาแบบวัดเชิงสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 31 คน ของ โรงเรียนวัดโสภณาราม (ปลั่งร่วมราษฎร์บำรุง) ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากการเป็นโรงเรียนที่มีความสามารถ สูงสุดของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลสถานการณ์วิกฤตและการศึกษาขั้น พื้นฐานในเขตกรุงเทพมหานคร 37 แห่ง ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดที่สร้างขึ้นผลการวิจัยพบว่า แบบวัดที่

พัฒนาขึ้นประกอบด้วยสถานการณ์สำคัญ 9 สถานการณ์ มีคำถามชนิดปรนัย 4 ตัวเลือก 30 ข้อ โครงสร้างของแบบวัดเน้นตามนิยามของกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่ประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินการนำไปใช้และการสื่อสาร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าแบบวัดสามารถใช้ประเมินความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้อย่างมีคุณภาพ การศึกษาเรื่องโครงการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ในตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชาราบ อุบลราชธานี (อาณัติ วรรณศรีและคณะ; สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.),2558) เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเมืองศรีโค จำนวน 200 คน โดยใช้แบบสอบถามประเมิน health literacy และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จากข้อมูลความแตกฉานทางสุขภาพทั้งหมด จำนวน 16 ด้าน เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าเฉลี่ยของความแตกฉานทางสุขภาพพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 200 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความแตกฉานทางสุขภาพใน 5 ด้านสูงสุด คือ ด้านการใช้ยา (8.87 คะแนน) ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน (8.66 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (8.61 คะแนน) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ (8.59 คะแนน) และด้านความสามารถในการเดินทางหรืออุปสรรค (8.57 คะแนน) ความแตกฉานทางสุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุดคือด้านการใช้สมุนไพรและอาหารเสริม (7.44 คะแนน) ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (7.66 คะแนน) และด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (7.99 คะแนน) ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันโดยสามารถแบ่งออกได้ถึง จำนวน 12 กลุ่ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลเมืองศรีโคเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดี มีเพียงส่วนน้อยที่รายงานว่าตัวเองยังเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพียงระดับกลาง (กล่าวคือเมื่อได้รับข้อมูลด้านสุขภาพแล้วมีบางครั้งที่เข้าใจ แต่บางครั้งก็ไม่เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ) จากผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในตำบลเมืองศรีโคมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่สูง แต่ยังมีบางประเด็นที่ผู้สูงอายุยังขาดทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพที่จะจัดการประเด็นสุขภาพดังกล่าวเช่นเรื่องอาหารการกินการออกกำลังกายการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์

3.1.4 กรอบแนวทางการดำเนินงาน

เครื่องมือการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรกๆขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลซึ่งพบว่า ข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วยรวมทั้งการสื่อสารและการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมายส่งผลให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลอย่างสมควร ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆขึ้น เครื่องมือที่ใช้การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วจากต่างประเทศและในประเทศที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันสามารถจำแนกได้ดังนี้ 1) เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) เช่นแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่หรือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่หรือ Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): health information comprehension and numeracyแบบประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานการสื่อสารและวิจารณ์ญาณหรือ Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) เป็นต้น 2) เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Child & Teenage) เช่น แบบทดสอบการจำคำศัพท์ทางการแพทย์ในกลุ่มวัยรุ่นหรือ REALM-Teen: medical word recognition test for adolescents and teens. ประยุกต์จากแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM) แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชนหรือ TOFHLA for teens: health information comprehension and numeracy for teens ประยุกต์จากแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Test of Functional Health Literacy in

Adult: TOFHLA) แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชนแบบสั้นหรือ STOFHLA: The Short Test of Functional Health Literacy ประยุกต์จากแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพด้านระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่และพัฒนาให้เป็นแบบสั้นการวัดความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญการวัดแบบเน้นผลลัพธ์ 2 ระดับคือ 1) ผลลัพธ์ระดับบุคคลในสถานบริการสาธารณสุขโรงเรียนและ 2) ผลลัพธ์ระดับสังคมหรือประชากรการวัดองค์ประกอบหรือระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3 องค์ประกอบคือ 1) Functional health literacy 2) Communicative health literacy และ 3) Critical health literacy การวัดตามกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3 แนวคิด คือ 1) ตามแนวคิดความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 2) ตามแนวคิดหุ้บจั้ยในการเกิดความรู้ด้านสุขภาพและ 3) ตามกรอบแนวคิดการรักษาและบริการสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการทั้งระดับบุคคลและชุมชนทั้งระดับชาติและระดับนานาชาติ สรุปลยุทธ์สำคัญเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Krumaresan, 2012; Pleasant, 2012; Ratzan, 2012; Baur, 2012; Vamos, 2012) ได้ดังนี้ 1) มีนโยบายจากภาครัฐที่เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นมีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับนโยบายและมืองค์กรระดับชาติที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง 2) มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพทั้งกฎหมายด้านสุขภาพและกฎหมายสาธารณสุขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ 3) มีการดำเนินงานในลักษณะความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนความร่วมมือจากภาคส่วนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความร่วมมือดังกล่าวเกิดขึ้นในทุกระดับ 4) ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการสื่อสารเช่นโทรศัพท์มือถืออุปกรณ์ไร้สาย 5) มีการวัดความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละกลุ่มวัยและแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6) มีการประเมินผลกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 7) มีการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในทุกแง่มุมอย่างต่อเนื่องและมีเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการดำเนินงานเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ 8) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมออกแบบและดำเนินงานเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพโดยคำนึงถึงสิทธิพื้นฐานของบุคคลมีระบบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญและมีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน 9) มีการปรับเปลี่ยนองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) และหลอมรวมหลักการของความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในชีวิตการทำงานประจำวันโดยการปรับเปลี่ยนองค์กรให้เกิดขึ้นทั้งในทุกระดับของหน่วยงานย่อยและในหน่วยงานทุกภาคส่วน 10) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะสำเร็จได้จำเป็นต้องพัฒนาทั้ง 2 ด้านคือความรู้และทักษะของประชาชนผู้รับข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพและความรู้และทักษะของประชาชนผู้ให้ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 11) มีสิ่งจูงใจหรือรางวัลตอบแทนบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและให้รางวัล Best Practice สำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ 12) ผลักดันให้มีการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรปริญญาตรีของทุกสาขาวิชาชีพ

ปัจจัยความสำเร็จของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ : 1) เน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และมีสุขภาวะสมบูรณ์ทุกมิติ ผ่านการจัดการให้สถานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษาทุกระดับ สถานที่ทำงานและโรงงานต่างๆ เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) และพัฒนาชุมชน/ท้องถิ่นเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities) (การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพตามมติสภานิติบัญญัติแห่งชาติ) 2) ข้อเสนอองค์การอนามัยโลก “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาคุกคามระดับโลก 3) กุญแจสำคัญการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ “นโยบายจากรัฐบาล กลไกการบริหารจัดการระดับหน่วยงานและกลไกการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มี

ส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่างๆ คือ กฎแฉสำคัญในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากร” (ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์)

การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ จากรายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ” สรุปได้ดังนี้ **1. ประเด็นปัญหา :** 1) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น 2) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลด้านความรู้และการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชนมีมากแต่ขาดกลไกบริหารจัดการและการบูรณาการให้มีประสิทธิภาพและ 3) ขาดข้อมูลข่าวสารช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ **2. ข้อเสนอปฏิรูป :** ให้มียุทธศาสตร์และกลไกการขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ โดยมีการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้ให้จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ **3. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง :** 1) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2522 2) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2541 และ 3) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) **4. การแก้ปัญหา หลักการ :** 1) ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน 2) ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย **วิธีการ :** 1) จัดทำร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ 2) จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ 3) รัฐจัดให้มีช่องทางสื่อสารมวลชนทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับประชาชนในทุกกลุ่มเป้าหมาย 4) จัดหน่วยงานทางวิชาการเพื่อรวบรวมคัดกรองแก้ไขข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและก่อให้เกิดการเข้าใจผิดอันเป็นอันตรายต่อประชาชน 5) พัฒนาองค์กรและกลไกส่งเสริมการมีส่วนร่วมและควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานด้านความรู้และการสื่อสารสุขภาพตลอดจนควบคุมการใช้สื่อจัดทำยุทธศาสตร์บูรณาการองค์ความรู้และการสื่อสารสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม 6) จัดให้มีเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อยกระดับการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและทันสมัย 7) จัดให้มีการยกระดับการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพทั้งในและนอกระบบการศึกษา 8) จัดให้มีการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ **5. ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ :** 1) ประชาชนมีอัตราการได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันมากขึ้น 2) ประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น 3) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น 4) ประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง 5) ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลลดลง **6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ :** 1) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 2) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพสมบูรณ์ในทุกมิติ (รศ.ดร.ชนวนทอง ชาญกาญจน์, 2560)

ความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย จนถึงปัจจุบันมีดังนี้

1. ผลักดันเข้าสู่แผนในระดับต่างๆ 1.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) 1.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข; 2579) 1.3 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) 1.4 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (พ.ศ.2560-2564) 1.5 แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2579) 2. การพัฒนาเครื่องมือสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (National Health Literacy) 3. กำหนด 66 ประเด็น สื่อสารหลักเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทย (66 key messages) 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Building Capacity) 5. สนับสนุนและส่งเสริมวิจัยและนวัตกรรม (Research and Innovation) 6. สนับสนุนและผลักดันให้เกิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น สถานะที่ทำงาน โรงพยาบาล โรงเรียน วัด โบสถ์ มัสยิด ตลอดจนครอบครัวและชุมชน (HealthCitrade Organization : HLO) 7. สร้างกลไกการขับเคลื่อนสังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความอิสระแต่ยึดโยงกับส่วนราชการที่รับผิดชอบหลัก เช่น สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย สถาบันส่งเสริมความรู้สุขภาพไทย (Thai Literate Institute) เป็นต้น

สำหรับสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการต่อไป 1. การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้นตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) : ร้อยละ 25 2. กำกับ ติดตาม สนับสนุนให้เกิดสถานที่ทำงาน โรงพยาบาล โรงเรียน วัด โบสถ์

มีสยิด ตลอดจนครอบครัวและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างสังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Society) 3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยงานต้นแบบและขยายผล (Shave and learn) 4. พัฒนา Application Health Literacy Self-Assessment (ประเมินความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง) 5. ผลักดันให้เกิดสถาบันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Institute) เพื่อสานพลังจากทุกภาคส่วน (Synergies Energy) เร่งสร้างสังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ สู่เป้าหมาย ประชาชนอายุยืนยาว สุขภาพดีและมีความสุข (Healthiest and Longest living) กล่าวโดยสรุป การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย ดำเนินการทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเอง จัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งในด้านบวกและลบเพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Society) ในที่สุด (นายแพทย์วิริยะ เพ็งจันทร์, 2561)

3.2 บทวิเคราะห์/แนวความคิดหรือแนวทางดำเนินการ/ข้อเสนอ

3.2.1 บทวิเคราะห์

เป้าประสงค์ 20 ปี ข้างหน้าของการพัฒนาเพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญาหรือ Smart Thailand และการเป็นคนไทยที่อุดมด้วยปัญญาหรือ Smart Thai Citizens นั้นหมายถึง คนไทยทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้และเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวสุขภาพดี ในด้านความรู้ด้านสุขภาพโดยสังเขป เพื่อที่จะพัฒนา Health Literacy ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้าใจ เข้าถึง ได้ตอบสนองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ ตั้ง SDGs (Sustainable Development Goals) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มี 17 เป้าหมาย ซึ่งเป้าหมาย 1 แก่ไขความยากจน เป้าหมาย 2 การกำจัดความหิวโหย เป้าหมาย 3 การสาธารณสุข (good health and wellbeing) มีการกำหนดตั้งแต่ปี 2558 เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 15 ปี คือถึงปี 2573 กำหนดให้แก้ไขยั่งยืนอย่างไร “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” มีการกำหนดในรัฐธรรมนูญ กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตอนนี้อยู่ในระยะแผน ที่ 12 ซึ่งแผนทั้งหมดสอดคล้องกับ UN ซึ่งโลกนี้แบ่งประเทศออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่กำลังต่อสู้กับความยากจน หิวโหย ในแผนการปฏิรูปประเทศ รัฐบาลแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูป เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ.2560 โดยเฉพาะด้านที่ 7 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญเช่นเดียวกับ UCARE ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดี อีกทั้งความรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ทั้งระดับบุคคลและชุมชน ทั้งระดับชาติและระดับนานาชาติ ซึ่งจากการทบทวนสามารถสรุปกลยุทธ์เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อการพิจารณาถึงยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมป้องกัน ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย 2) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3) การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และ 4) การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม จากงานวิจัยจะเห็นว่ามีการวัดพัฒนาแบบวัดกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่ประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินการนำไปใช้และการสื่อสารผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าแบบวัดสามารถใช้ประเมินความฉลาดทางสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ มีวัดความรู้ของชุมชนจากผู้ให้ ถ้าการให้ความรู้แก่ชุมชนอาจด้อยลงหากมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ยังมีบางประเด็นที่ขาดทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพที่จะจัดการประเด็นสุขภาพของตนเองเช่นเรื่องอาหารการกินการออกกำลังกายการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไประดับความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพมากกว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ อาทิการศึกษาและรายได้บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและการเข้ารับบริการสุขภาพ รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าและระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็งทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองความรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขภาพหรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขภาพและกิจกรรมการสื่อสาร ระดับความรู้ด้านสุขภาพย่อมจะ

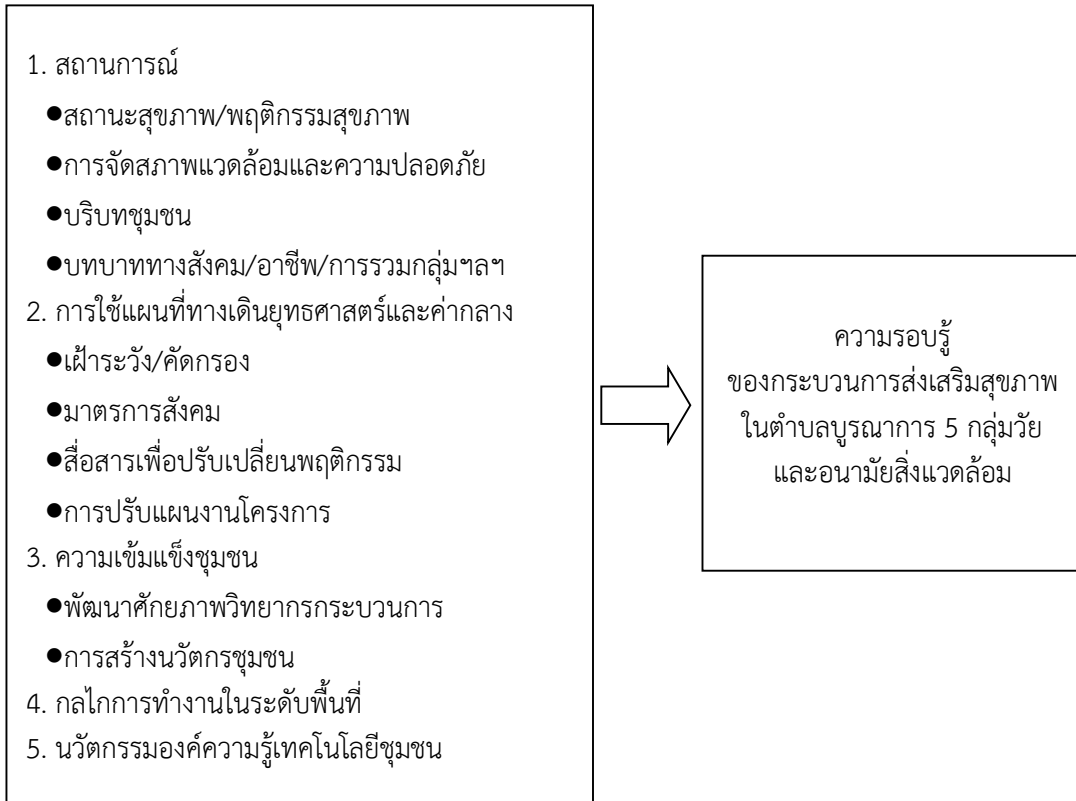
ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจะเห็นได้ว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย ควรสร้างความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพ โต้ตอบ ชักถาม จนสามารถประเมินตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคการผลักดันให้ชุมชนเกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคมต่อไป

3.2.2 แนวความคิดหรือแนวทางดำเนินการ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขตามนโยบายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาลและมุ่งสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0 โดยดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มั่นคงมั่นคงยั่งยืนภายใต้การบูรณาการงานตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG: Sustainable Development Goals) และกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย 85 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 75 ปี การดำเนินงานที่ผ่านมามุ่งเน้นทั้งทางด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ เขตสุขภาพที่ 4 ครอบคลุมทุกมิติสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนรวมถึงการอภิบาลระบบสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน เป้าหมายคือ “ประชาชนสุขภาพดีมีความสุข” ที่ผ่านมากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 4 มีเป้าหมายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชน (Health Literacy) ในระดับบุคคลครอบครัวเพื่อยกระดับสู่ชุมชน (Health Literate community) สร้างวิทยากรกระบวนการในชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง (Active Community) โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลาง รวมถึงการสร้างนวัตกรรม (Innovator) เพื่อให้เกิดนวัตกรรมสังคมโดยภาคประชาชน (Community Innovation) และนวัตกรรมการบริหารจัดการโดยภาครัฐนักวิชาการหรือเจ้าหน้าที่ (Academic Innovation) รวมทั้งกรมอนามัยมีนโยบายและเป้าหมายในการพัฒนางานสาธารณสุขในระดับตำบลบูรณาการ มีกลไกการทำงานและขับเคลื่อนงานผ่านระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณ้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคลครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพทางกายจิตและสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนด้วยกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 4 ที่ดีมากแต่ยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ความรู้ทางด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามถ้ามีการวัดหรือประเมินในรายละเอียด ดังนี้ 1. สถานการณ์ 2. การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลางครอบคลุม 4 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวัง/คัดกรอง มาตรการทางสังคม การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับแผนงาน/โครงการ 3. ความเข้มแข็งชุมชน 4. กลไกการทำงานในระดับพื้นที่ 5. นวัตกรรมองค์ความรู้เทคโนโลยีชุมชนได้จะทำให้สามารถรับรู้ถึงแนวโน้มความรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 4 นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะการดำเนินงาน การเพิ่มผลผลิต จนให้เกิดความรู้ทางด้านสุขภาพ มีกระบวนการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมและภาคีเครือข่ายบูรณาการร่วมกัน เกิดแนวคิดการสร้างกระบวนการทำงาน ขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคมต่อไป

3.2.3 ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์และแนวคิดนำไปสู่ข้อเสนอแนะของการสร้างความรอบรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



การออกแบบ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน :

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง : ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลต้นแบบบูรณาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเขตสุขภาพที่ 4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม

3. การตรวจสอบเครื่องมือ : การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (validity) และทดสอบค่าความเชื่อมั่น(Reliability)

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล : 1) เสนอโครงร่าง ขอรับการอนุมัติจากกรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย 2) ทำหนังสืออนุมัติขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล 3) ประสานผู้รับผิดชอบหลักในระดับพื้นที่ เพื่อนัดวันลงเก็บแบบสอบถาม 4) อธิบาย สร้างความเข้าใจและทดสอบฝึกปฏิบัติการถามแบบสอบถาม ให้กับผู้ร่วมทีมในการลงพื้นที่เก็บแบบสอบถาม 5) ดำเนินการเก็บข้อมูลเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยการชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามข้อกำหนดเกณฑ์การตัดเข้า-ตัดออก ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย:สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติเชิงอนุมาน(Inferential statistics)

6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม: 1)ชี้แจงให้ผู้ยินยอมตนทราบถึงวิธีการประโยชน์และสิ่งนี้อาจเกิดขึ้นขณะทำวิจัย 2) ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดโดยไม่มีผลกระทบเชิงลบแต่อย่างใด 4) ข้อมูลที่ขออนามสกุลและข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะไม่ถูกเผยแพร่การนำเสนอผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) อธิบายสถานการณ์ การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลาง ความเข้มแข็งชุมชน กลไกการทำงานในระดับพื้นที่ และนวัตกรรมองค์ความรู้เทคโนโลยีชุมชนได้
- 2) ประเมินความรอบรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนได้
- 3) สร้างกระบวนการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมต้นแบบ ในด้านความรอบรู้ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเขตสุขภาพที่ 4

ลงชื่อ

(นางพัชราภรณ์ พัฒนะ)

ผู้เสนอผลงาน

...../.....สิงหาคม...../.....2562.....