

รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม
กรณีศึกษา บ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน
Participatory model for health literacy building on elderly health
A case study of Ban Don Kaeo, Nai Wiang Subdistrict, Mueang Nan District,
Nan Province

เสาวณีย์ ทินะ*, กิ่งดาว โพธิ์สุยะ**

Saowanee Thina*, King Dao Phosuya**

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงหรือเสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา บ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ 323 คน และกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 83 คนแบ่งการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การทบทวนเอกสาร วิเคราะห์สภาพปัญหาและสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ การพัฒนาต้นแบบและทดลองใช้ต้นแบบ ปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม การนำต้นแบบสมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและการประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน สถิติทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1. รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 module ดังนี้ Module 1 การให้ความรู้ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Module 2 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) Module 3 สำหรับผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเนื้อหา การประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ คำศัพท์ทางการแพทย์ การแปลผลสถานะทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้น วิธีการดูแลตนเองตามสถานะสุขภาพ และเทคนิคสอนกลับ (Teach back cycle) พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนด้านความเข้าใจตัวเลข การเข้าถึงข้อมูล และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้ดำเนินการตามรูปแบบ (p-value < .001, .05, .05 ตามลำดับ) 2. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม พบว่า เจ้าหน้าที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 80 มีความเป็นไปได้ในระดับมาก และความสามารถในการนำรูปแบบไปใช้ได้ง่าย ความเหมาะสมที่ อสม.นำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 60 มีความเป็นไปได้ในระดับมาก ในประเด็นความต่อเนื่อง และยั่งยืนในการใช้รูปแบบฯ พบว่า ร้อยละ 80 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20 อยู่ในระดับมาก

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามการได้รับความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อความสำเร็จของรูปแบบ

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ABSTRACT

The elderly are the age in which the body changes in a deteriorating way. The performance of the body decreases or deteriorates with increasing age. Health literacy is required to have desirable health behaviors. This research is research and development. The purpose of this research was to study a participatory model of health knowledge building for the elderly, a case study of Ban Don Kaeo, Nai Wiang Sub-district, Mueang Nan District, Nan Province. It consisted of 323 elderly people and a group of 83 people involved in building knowledge on elderly health by specific selection. The research was divided into 4 steps: document review, Analyze problem conditions and survey quantitative data. Prototype development and prototype testing Optimize prototypes, applying complete prototypes to larger samples. and evaluating the effectiveness of the prototype. conduct research Between October 2022 and April 2023, data were analyzed using descriptive statistics. inferential statistics, t-tests, and content analysis.

The research findings were as follows: Participatory model consists of 3 modules as follows: Module 1 Knowledge for volunteers Module 2 for caregivers Module 3 for the elderly Elderly health knowledge contains content Risk Assessment of Elderly Health Behaviors medical terminology Interpretation of health status primary health care primary health promotion How to take care of yourself according to your health status and the Teach back cycle technique. access to information and the cognitive aspect of health behaviors in the elderly increased after implementing the model (p -value < .001, .05, .05, respectively). It was found that 80% of the knowledge on the elderly's health with participation was actually possible, at a high level. and the ability to easily apply the format suitability Volunteers can actually use it, 60%, it is possible at a high level. on the issue of continuity and sustainable use of the model found that 80 percent were at a moderate level and 20 percent were at a high level.

Participatory Model for Promoting Health Knowledge for the Elderly can increase health literacy in the elderly However, getting cooperation from those involved is crucial to the success of the model.

Keywords: health literacy building model, the elderly, participation

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นและอายุยืนยาวขึ้น จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (2559) พบว่า องค์การสหประชาชาติรายงานตัวเลขจำนวนประชากรทั่วโลกในปี ค.ศ. 2016 ประมาณ 7,433 ล้านคน และเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มว่าประชากรจะมีอายุยืนยาวขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทุกประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่หลายประเทศที่กำลังพัฒนาได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 11 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 จะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ถือเป็นความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Active Aging) เพื่อให้มีการเตรียมตัว และวางแผนชีวิตในบั้นปลายอย่างเหมาะสม สามารถทำประโยชน์ให้กับตัวเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคงประโยชน์ (Productive Ageing) เพื่อที่จะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2584) โดยมียุทธศาสตร์ในการดำเนินการ 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพ 2) ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ด้านการบริหารจัดการบูรณาการระดับชาติพัฒนาผู้สูงอายุ และ 5) เผยแพร่องค์ความรู้ผู้สูงอายุ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) การดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทของหน่วยงานองค์กรในชุมชนท้องถิ่นต้องให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันกับวัยอื่นๆได้อย่างมีความสุขตามบริบทของพื้นที่ แต่จากการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ชัดเจน และยังต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุพัตรา ศรีวนิชชากร, 2565) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะมนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคมต่างพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อการพัฒนาและดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกันทำงาน และร่วมรับผลที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ไปจนกระทั่งถึงตรวจสอบเพื่อสร้างความโปร่งใส และเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐให้ดีขึ้นและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุกฝ่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ และมีบทบาทอำนาจหน้าที่อย่างกว้างขวาง ไม่เพียงจะมีหน้าที่ให้บริการสาธารณะพื้นฐานแก่ประชาชนในท้องถิ่นเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคมของท้องถิ่นด้วย ฉะนั้นผู้สูงอายุในพื้นที่จะได้รับการดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านสวัสดิการการช่วยเหลือต่างๆ การบูรณาการการทำงานในลักษณะของการร่วมกันทำงานจะเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการทำงานสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

ทะเบียนสำนักงานสถิติจังหวัดน่าน ปี พ.ศ. 2566 ประชากรจังหวัดน่าน มีจำนวน 474,539 คน แยกเป็นเพศชาย 236,941 คน เพศหญิง 237,598 คน ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 108,543 คน คิดเป็นร้อยละ 22.87 ข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ปี พ.ศ. 2565 จากผลการคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จังหวัดน่าน ปีงบประมาณ 2565 พบว่าคัดกรองได้ 67,412 ราย จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 95,794 ราย คิดเป็น ร้อยละ 70.37 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 64,524 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.72 กลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 2,888 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.28 จากการประเมินคัดกรองโรค /ภาวะเสื่อม หรือกลุ่มอาการ Geriatric Syndromes พบความเสี่ยง/ผิดปกติมากที่สุด ได้แก่ เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 25.20 เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.47 เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.80 เสี่ยงต่อหกล้ม ร้อยละ 8.01 เสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 5.70 เสี่ยงต่อสมองเสื่อม ร้อยละ 1.13 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จากการสุ่มประเมินปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 57.88 ซึ่งกิจกรรมที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ กิจกรรมทางกายและการรับประทานผักและผลไม้ ข้อมูลชุมชน บ้านดอนแก้วมีประชากรทั้งหมด 867 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 329 คน คิดเป็นร้อยละ 37.94 แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม 272 คน คิดเป็นร้อยละ 84.21 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด กลุ่มติดบ้าน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด กลุ่มติดเตียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.86 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุบ้านดอนแก้วมีการรวมกลุ่มจัดตั้งชมรม มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม เรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง บริโภคผักและผลไม้ให้เพียงพอ ส่งเสริมสุขภาพจิต มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ แต่ยังพบปัญหาผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่เข้าร่วมกิจกรรม และพบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนสถานที่สาธารณะของชุมชนสำหรับใช้ในการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ไม่สวยงาม เกิดภาวะกลิ่นเหม็นจากขยะที่ส่งผลกระทบต่อกรรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ทำให้หลายคนไม่เข้าร่วมกิจกรรม จึงควรมีการออกแบบกิจกรรมให้หลากหลาย เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มอย่างเข้มแข็งยั่งยืน แม้จะมีการรวมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนแก้ว แต่ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมาก พบผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพเพียง 104 คน ร้อยละ 31.61 มีปัญหาด้านสุขภาพ 225 คน ร้อยละ 68.39 (ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ และ ADL ปีงบประมาณ 2565 ของโรงพยาบาลน่าน) ซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่พึงประสงค์ และยังไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้อย่างแท้จริง

จากที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสในการศึกษาชุมชนและสอบถามข้อมูลกับหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนด นโยบาย แผนงานโครงการของชุมชนบ้านดอนแก้ว เช่น นายกเทศมนตรีเมืองน่าน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองน่าน โรงพยาบาลน่าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประชาชนในพื้นที่เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนบ้านดอนแก้ว รวมทั้ง มีอาสาสมัครที่มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากการรวมกลุ่มของประชาชนในพื้นที่ การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดเตียง จากปรากฏการณ์ดังกล่าว การศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม กระบวนการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง การดูแลโดยชุมชน และอาสาสมัครที่มีจิตอาสา ทำให้เกิดกระบวนการจัดการในชุมชน จึงเป็นประเด็นที่ศึกษาในทุกมิติ

ของสังคม เช่น ด้านสังคม ด้านสุขภาพ การมีรายได้ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เห็นทุนทางสังคม ศักยภาพภาพ ตลอดจนสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการเข้าถึงระบบบริการในด้านต่างๆ และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนครอบคลุมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้าง สุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบต่าง ๆ จึงทำให้การสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมกรณีศึกษา บ้านดอนแก้ว ตำบล ในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา บ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ทบทวนเอกสาร วิเคราะห์สภาพปัญหา และสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ (Research: R1) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (Development: D1) ทดลองใช้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น (R2) และ ปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม (D2) ระยะที่ 3 นำต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3) ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ (Evaluation: E1) พื้นที่ในการวิจัย ได้แก่ บ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านดอนแก้ว จำนวน 323 คน 2) กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ คัดเลือกโดยเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุที่เป็นคณะทำงานพัฒนาผู้สูงอายุหมู่บ้าน จำนวน 26 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 26 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บ้านดอนแก้ว จำนวน 26 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน จำนวน 5 คน รวมจำนวน 83 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ 1) ชุดที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยกิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานในการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม บ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน 2) ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ของ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร (2559) ส่วนที่ 3 ความเสี่ยงต่อความรู้ด้านสุขภาพ 2) แบบบันทึกการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และ 3) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 3) ชุดที่ 3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) แนวคำถามสนทนากลุ่ม ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2) แบบสังเกตและบันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired T-test และ Independent T-test ทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ใช้สถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample T-test) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนเมษายน 2566 รวมระยะเวลา 7 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์ ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรม โครงการวิจัยเลขที่ NAN REC 65-23 หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงผู้ร่วมวิจัยด้วยตัวเอง โดยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย หรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. บริบทด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนบ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ผลจากการวิจัย พบว่า ชุมชนบ้านดอนแก้วมีจำนวนประชากรทั้งหมด 876 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 329 คน คิดเป็นร้อยละ 37.94 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) จำนวน 272 คน ร้อยละ 84.21 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 45 คน ร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 6 คน ร้อยละ 1.86

กลุ่มผู้สูงอายุนบ้านดอนแก้ว จำนวน 323 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านดอนแก้ว และไม่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า มีอายุระหว่าง 60 - 96 ปี โดยเป็นเพศชายร้อยละ 36.2 และหญิงร้อยละ 63.8 ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 38.7) มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัว ตั้งแต่ระดับน้ำหนักเกินเกณฑ์ขึ้นไปมี ร้อยละ 37.7 สำหรับระดับการศึกษาพบว่า จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.8) และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 37.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 30.7) สำหรับโรคประจำตัวพบว่า โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.8) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 25.4) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.6) และโรคไต (ร้อยละ 3.1)

ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการอ่าน ศัพท์พื้นฐาน การอ่านและเข้าใจตัวเลข การเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค การปฏิบัติและการตัดสินใจที่ถูกต้องในระดับรู้จักร้อยละ 85.8 มีเพียงร้อยละ 14.2 ที่มีคะแนน ความสามารถอยู่ในระดับรู้แจ้ง สำหรับความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นของการปฏิบัติ

พฤติกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 91.6 มีเพียงร้อยละ 8.4 ที่มี การปฏิบัติอยู่ในระดับแตกต่างกัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพเท่ากับ 5 (S.D. = 2.4) ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานเท่ากับ 27.2 (S.D. = 29) ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเข้าใจตัวเลขเท่ากับ 1.5 (S.D. = 1.7) ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพเท่ากับ 4.3 (S.D. = 1.2) ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เท่ากับ 28.6 (S.D. = 5.8) ค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านการปฏิบัติ ในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ เท่ากับ 35.7 (S.D. = 9.4) ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการตัดสินใจที่ ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตเท่ากับ 24.2 (S.D. = 4.3) ค่าเฉลี่ยด้านปฏิบัติพฤติกรรม 5.7 (S.D. = 6.9)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.9 มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับต่ำ ระดับสูง ระดับสูงมาก และระดับสูง อันตราย คิดเป็นร้อยละ 20.4, 10.5, 1.9 และ 1.2

2. รูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 โมดูล (Module) คือ

2.1 Module 1 การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ อสม. มีความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 8 ด้าน และสามารถนำไปถ่ายทอดให้แก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุในความดูแลของ อสม. ได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา สาระสำคัญได้แก่ 1) ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานจำนวน 3) ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขจำนวน 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 5) ด้านความรู้ความเข้าใจ 6) ด้านการปฏิบัติ ในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ 7) ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติ ในอนาคตหรือเงื่อนไข ในการใช้ชีวิต และ 8) ด้านการปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งนี้ กลยุทธ์ที่ใช้ในการสอน คือการสอน แบบย้อนกลับ (Teach back cycle) พร้อมทั้งมีการให้คู่มือระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับ อสม. เพื่อใช้สำหรับการทบทวนความรู้

2.2 Module 2 การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) เป็นรูปแบบที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 8 ด้าน และสามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุในความดูแลได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหาสาระสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานจำนวน 3) ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขจำนวน 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 5) ด้านความรู้ความเข้าใจ 6) ด้านการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ 7) ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไข ในการใช้ชีวิต และ 8) ด้านการปฏิบัติพฤติกรรม

กลยุทธ์ที่ใช้ในการสอนคือการสอนแบบย้อนกลับ (Teach back cycle) โดยเป็นการสอนตามบ้านของผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (อสม. 1 คนต่อ 1 หลังคาเรือน) แบบตัวต่อตัว (one-by-one)

2.3 Module 3 การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง เป็นรูปแบบที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในความดูแลของตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีได้มีการกำหนดวันเวลาให้ความรู้ที่ตายตัว เนื้อหาสาระสำคัญได้แก่ 1) ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานจำนวน 3) ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขจำนวน 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 5) ด้านความรู้ความเข้าใจ 6) ด้านการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ 7) ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขในการใช้ชีวิต และ 8) ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2.4 ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วม เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลจากการวิจัย พบว่า

2.4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ฯ อสม. มีความรู้จักทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 100 (n=26) หลังใช้รูปแบบ ฯ มีความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 23.08 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านของกลุ่มอสม. ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ฯ 3 เดือน ก่อนใช้รูปแบบ ฯ อสม. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพเท่ากับ 101.5 หลังใช้รูปแบบ ฯ อสม. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเป็น 164.7 โดยพบว่า อสม. มีคะแนนความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหลังจากใช้รูปแบบ ฯ ในด้านเข้าใจตัวเลข (mean at baseline = 3.2, mean at follow up = 4.9)

2.4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ฯ ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (mean at baseline = 0.9,) ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (mean at baseline = 3.2,) และด้านความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (mean at baseline = 5.9) หลังใช้รูปแบบ ฯ ผู้สูงมีคะแนนความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมจำแนกตามความสามารถในด้านต่างๆ ได้ดังนี้ ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (mean at follow up = 2.9; ; p-value <.001) ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (mean at follow up = 4.0; p-value <.05) และด้านความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (mean at follow up = 7.3; p-value <.05) การปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุมีความแตกฉาน ทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 19.2 หลังจากได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุ มีความแตกฉานทางด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 30.8

3. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา บ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน. เทศบาลเมืองน่านสามารถนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 80 มีความเป็นไปได้ในระดับมาก และความสามารถใน

การนำรูปแบบไปใช้ได้ง่าย ความเหมาะสมที่ อสม.นำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 60 มีความเป็นไปได้ในระดับมาก ในประเด็นความต่อเนื่อง และยั่งยืนในการใช้รูปแบบ ฯ พบว่า ร้อยละ 80 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20 อยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผล

รูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม มีประเด็นที่ผู้วิจัยนำมาอภิปราย ดังนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.8 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้จัก สำหรับความแตกฉานทางด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.6 ไม่มีความแตกฉานทางด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ทักษะทางด้านสังคมและความคิดที่ก่อให้เกิดความเฉลียวฉลาดในแต่ละบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการทำ ความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารที่บุคคลมีอยู่ จนก่อให้เกิดผลลัพธ์คือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Gülnur Ilgün, Sevinç, Turaç, & Sevilay Orak, 2015) อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่ของสมองในผู้สูงอายุด้าน ความคิด (cognitive function และ recognition) จะเสื่อมสภาพเมื่อเทียบกับวัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตาม กระบวนการการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดของสมองตามธรรมชาติ (normal cognitive changes) ของผู้สูงอายุ (Caroline N. Harada, Marissa C. Natelson Love, & Kristen Triebel, 2013) และยังมี เอกสารทางวิชาการที่รายงานผลว่าความรอบรู้ทางสุขภาพแปรผกผันกับอายุ (Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014) นอกจากนี้ ยังมีผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ จึงมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้น้อย นำไปสู่การด้อยความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, 2004) และการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ (Padmore Adusei Amoah, 2018) ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Padmore Adusei Amoah, 2018)

นอกจากนี้ ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ซึ่งการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ย ของความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali F. Altebainawi และคณะ (Ali F. Altebainawi et al., 2020) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงในเรื่องการตรวจสอบวันหมดอายุของยา การอ่านฉลากยา และการตัดสินใจต่อการใช้จ่ายต่าง ๆ โดยมีการปรึกษากับเภสัชกรอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าวัยอื่น ๆ (Ali F. Altebainawi et al. , 2020; Baker, Sudano, Gazmararian, & Patterson, 2000) นอกจากนี้ U.Pandit และคณะ (U.Pandit et al., 2009) ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าหากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับ Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, & C., 2016 ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถทำให้บุคคลมีพฤติกรรม

สุขภาพที่พึงประสงค์ (Eleanor Hall, Shih-Yu Lee, & Patricia C. Clark, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nutbeam (1998, 2000, 2008) ที่พบว่า ในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุและส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ มักพบว่า บุคคลกลุ่มนี้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ (Cunha et al., 2014) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้าน อสม. พบว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ อสม. ร้อยละ 100 (n= 26) มีความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพ ในระดับรู้จักไม่รู้จัก หลังการใช้รูปแบบฯ อสม.มีความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 23.08 ทั้งนี้สืบเนื่องมาจาก อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนภาวะสุขภาพต่าง ๆ ภายในชุมชน) ทั้งในด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การประเมินภาวะสุขภาพ การจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนเบื้องต้น รวมถึงการส่งต่อไปยังระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ (Department of Health Service Support, 2019) จึงส่งผลทำให้ อสม.เป็นผู้มีพื้นฐานด้านสุขภาพที่สูงกว่าบุคคลทั่วไปเป็นต้นทุนสำคัญ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจาก อสม. จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้แจ้งและแตกฉานทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้

หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ต่าง ๆ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยปรับวิธีการ กลวิธีการใช้รูปแบบฯ ให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน นั้น ๆ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 โรงพยาบาลน่านในฐานะสถานบริการสุขภาพหลัก ควรส่งเสริม สนับสนุน และขยายผลการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม นี้ โดยสร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุนักปฏิบัติ (community of practice) ในเครือข่าย เพื่อเป็นแบบอย่างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปสู่การจัดการความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ควรส่งเสริม สนับสนุน การขยายผลการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมนี้ ไปสู่หน่วยบริการสุขภาพในสังกัด เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยการติดตามประเมินในลักษณะเปรียบเทียบระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณาจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน โรงพยาบาลน่าน ที่เห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ สนับสนุน ในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา ขอขอบคุณประธานชมรมผู้สูงอายุ หัวหน้าชุมชน ประธานชมรมอสม. ประธานแม่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ตัวแทนคุ้มบ้าน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุชุมชนบ้านดอนแก้ว ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน เทศบาลเมืองน่าน โรงพยาบาลน่าน ที่กรุณาให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะจากประสบการณ์ในการทำงานอย่างครบถ้วนตลอดจนขอขอบคุณนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้มุมมองทางวิชาการ เพื่อเสริมให้คณะผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ ที่ศึกษาชัดเจนมากขึ้น ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน ให้งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร. (2559). *การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2559). *รายงานข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. สืบค้น เมื่อ 20 มีนาคม 2560, จาก <http://www.thaigri.org>.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2555). *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน : เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน”* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- Ali F. Altebainawi, et al. (2020). Association of medication storage with diabetes control: A cross-sectional study from Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.02.006>
- Caroline N. Harada, Marissa C. Natelson Love, & Kristen Triebel. (2013). *Normal Cognitive Aging*. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29, 737–752. doi:[10.1016/j.cger.2013.07.002](https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002)
- Eleanor Hall, Shih-Yu Lee, & Patricia C. Clark. (2016). Social Ecology of Adherence to Hypertension Treatment in Latino Migrant and Seasonal Farmworkers. *Journal of Transcultural Nursing*, 27, 33-41.
- Glnur Ilgn, Sevinç, I., Turaç, & Sevilay Orak. (2015). Health literacy. *Social and Behavioral Sciences*, 174, 2629 – 2633

- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Kaphingst, K. A., Goodman, M. S., MacMillan, W. D., Carpenter, C. R., & Griffey, R. T. (2014). Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and literacy. *Patient education counseling journal*, 95, 218–225.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promot Int*, 13, 349–364. 12.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int*, 15, 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072–2078.
- Padmore Adusei Amoah. (2018). Social participation, health literacy, and health and Wellbeing : A cross-sectional study in Ghana. *Population Health*, 4, 263-270.
- Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, & C., T. (2016). Health Literacy, Medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treats at primary health care centers Southeast Asian. *J Trop Med Public Health*, 47, 109-120.