

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่



กนกวรรณ อังกลิทธิ

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาบริหารศาสตร์  
มหาวิทยาลัยแม่โจ้  
พ.ศ. 2564

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่



คุณกนกวรรณ อังกลิทธิ เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาบริหารศาสตร์

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

พ.ศ. 2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่โจ้

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

กนกวรรณ อังกสิทธิ์

คุชฎีนิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาบริหารศาสตร์

พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ประธานอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

(รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการรับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์ ดร.ญาณิน โอภาสพัฒนกิจ)

รองอธิการบดี ปฏิบัติการแทน

อธิการบดี มหาวิทยาลัยแม่โจ้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ชื่อเรื่อง	การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อผู้เขียน	นางสาวกนกวรรณ อังกสิทธิ์
ชื่อปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 3) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 388 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (t-test dependent) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.9 อายุเฉลี่ย 65.80 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 54.8 และส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 53.4 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท ร้อยละ 82.70 นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อยหรือไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.77) ในส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.37) 2) ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.64) เรียงตามลำดับ คือ ด้านทักษะการตัดสินใจ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การจัดการสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม

และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตามลำดับ 3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยเพศ อายุ รายได้ ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 45.3 ( $F = 44.879$   $P < 0.05$   $R^2 = 0.453$ ) 4) ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ 4.1) การพัฒนาโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam, D.; 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) ความรู้และความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา 16 สัปดาห์ เป็นโปรแกรมที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นเหมาะสมที่นำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 4.2) ผลการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนป่าไผ่คุณธรรม อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า 4.2.1) ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4.2.2) เจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4.2.3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4.3.4) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 48.90

คำสำคัญ : การวิจัยและพัฒนา, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

<b>Title</b>	RESEARCH AND DEVELOPMENT ON HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM FOR THE ELDERLY IN SANSAI DISTRICT CHIANG MAI PROVINCE
<b>Author</b>	Miss Kanokwan Aungkasith
<b>Degree</b>	Doctor of Philosophy in Administrative Science
<b>Advisory Committee Chairperson</b>	Assistant Professor Dr. Apichart Traisaeng

### ABSTRACT

The objectives of this research are 1) to study a health literacy of the elderly, 2) to study important factors related to health literacy, and 3) to develop a health literacy enhancement program for the elderly in San Sai District. Chiang Mai Province. This research is research and development. The sample group used in the study is the elderly in San Sai district. Chiang Mai province, the amount of 388 people. The research tool has a personal factors questionnaire, Self-reliance factors and social relation factors, Health Literacy Questionnaire, Health Literacy Knowledge Quiz, Attitude assessment form for health literacy enhancement program and the satisfaction assessment form for the health literacy enhancement program. The data were analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. The data were analyzed using reference statistics, comparison of differences, mean of a single sample group. pre-post test measurement (t-test dependent) and Enter Multiple Regression Analysis.

The results show that : 1) Elderly people in San Sai District Chiang Mai Province, The majority of them were female, 87.9 percent, average age 65.80 years, and 54.8 percent graduated in elementary education level, most of them married 53.4 percent, with the majority of income no more than 3,000 baht, 82.70 percent. In addition, analyzing the factor of self-reliance, it was found that the majority of the elderly had a level of self-reliance factors that were less dependent or not dependent on others. (With total mean of 3.77) In terms of social relation factors, it

was found that the majority of the elderly had good overall social relation. (Total mean is 3.37). 2) The results of the study of health literacy of the elderly in San Sai District, Chiang Mai Province found that have a good level of health literacy (Total mean value of 3.64); cognitive , the decision skill. understanding adequate health information and self-health management, media literacy and communication skill and social support, and access to health information and services respectively. 3) The results of the analysis of important factors related to health literacy of the elderly in San Sai District. Chiang Mai Province found that sex, age, income, self-reliance factors and social relation factors together explain the variation in health literacy of the elderly by 45.3 percent. ( $F = 44.879$   $P < 0.05$   $R^2 = 0.453$ ). 4) Results of the development of health literacy enhancement program for the elderly in San Sai District Chiang Mai Province. 4.1) The researcher created program developed covering six elements of health literacy based on the concept of Nutbeam, D.; 1) Access 2) Cognitive 3) Communication skill 4) Decision skill 5) Media Literacy and 6) Self – Management using a 16-week training period, is a program of content validity and reliability is appropriate. 4.2) the results of the evaluation of the effectiveness of the program on the enhancement of health literacy of elderly. Appropriate to be used to improve the health literacy of the elderly at Pa Phai Moral School, San Sai District, Chiang Mai Province were found that. 4.2.1) Knowledge of health literacy after participating in the program, the elderly had a statistically significant increase in their health at the level of 0.01. 4.2.2) Attitudes toward health literacy promotion program found that the elderly had better attitude towards health literacy promotion program after joining the program with statistically significant at the level of 0.01. 4.2.3) Health literacy was found that the elderly had higher health literacy after participating the program with statistically significant at the level of 0.01. 4.2.4) Satisfaction with the health literacy promotion program of the elderly after participating in the program, it was found that the majority of the elderly were satisfied with the health literacy promotion program, health literacy was at the highest level 48.90 percent.

Keywords : Research and development, Health literacy, Elderly





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง อาจารย์ที่ปรึกษาหลักดุขุณีพนธ์ ที่ได้ให้การดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ คำแนะนำ และตรวจแก้ไขจนดุขุณีพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี และอาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำ รวมทั้งให้แง่คิดและกำลังใจแก่ผู้ศึกษาเป็นอย่างดีมาโดยตลอด รวมทั้งขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง ประธานกรรมการสอบป้องกันดุขุณีพนธ์ ที่ให้ความเมตตาแนะนำในการปรับปรุงดุขุณีพนธ์เล่มนี้ให้มีคุณภาพ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ แนวคิด และถ่ายทอดประสบการณ์ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ แก่ผู้ศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ ตลอดช่วงระยะเวลาของการศึกษา

ขอขอบพระคุณสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม และเทศบาลตำบลป่าไผ่ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ในการวิจัย รวมไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การต้อนรับเป็นอย่างดีและกรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

ขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาเอก วิทยาลัยบริหารศาสตร์รุ่นที่ 7 ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดมา

ขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ ให้ความเข้าใจ ความรัก ความห่วงใย และให้การสนับสนุนอย่างดีมาตลอด

กนกวรรณ อังกสิทธิ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	7
ขอบเขตงานวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ศึกษา.....	9
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	13
แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	32
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการศึกษานอกระบบ.....	45
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา.....	59
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	73
บทที่ 3 วิธีการวิจัย.....	86

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	88
ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ.....	94
ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ .....	99
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ .....	106
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	107
ตอนที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	108
ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ .....	121
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	128
ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 ผลการพัฒนาโปรแกรม และ การทดลองใช้โปรแกรมที่เหมาะสม ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	134
ตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ .....	147
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	153
สรุปผลการวิจัย.....	153
อภิปรายผล.....	156
ข้อเสนอแนะ .....	165
บรรณานุกรม.....	168
ภาคผนวก.....	180
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	181
ภาคผนวก ข คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.....	195
ภาคผนวก ค รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย .....	277



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่...	89
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ แสดงลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ .....	109
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสน ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม.....	111
ตารางที่ 4 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ.....	112
ตารางที่ 5 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ .....	113
ตารางที่ 6 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการเข้าร่วม กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน.....	114
ตารางที่ 7 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการเข้าร่วม กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว .....	115
ตารางที่ 8 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านกิจวัต ประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง .....	116
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของ ผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม .....	117
ตารางที่ 10 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้าน การแสดงออกทางอารมณ์ .....	117
ตารางที่ 11 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้าน ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น .....	118
ตารางที่ 12 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้าน การควบคุมอารมณ์ของตนเอง.....	119

ตารางที่ 13 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้าน  
การแสดงออกทางสังคม ..... 119

ตารางที่ 14 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้าน  
ความไวในการรับรู้ทางสังคม ..... 120

ตารางที่ 15 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้าน  
การควบคุมทางสังคม ..... 121

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสน  
ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม ..... 122

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอ สัน  
ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ..... 123

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสน  
ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ..... 124

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอ สัน  
ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ..... 125

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสน  
ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติ ..... 126

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสน  
ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านทักษะการตัดสินใจ ..... 127

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสน  
ทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ..... 128

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรอิสระ ..... 129

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอ  
สนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ..... 132

ตารางที่ 25 รายละเอียดและจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน  
สุขภาพ ..... 135

ตารางที่ 26 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ระดับความรู้ ด้านสุขภาพ กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ตามโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น .....	136
ตารางที่ 27 วัตถุประสงค์ เนื้อหา เวลา กิจกรรมการอบรม อุปกรณ์/สื่อที่ใช้ รวมถึงวิธีการประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ .....	137
ตารางที่ 28 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม .....	148
ตารางที่ 29 ผลการเปรียบเทียบเจตคติของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรมต่อโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม .....	149
ตารางที่ 30 ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวม .....	150
ตารางที่ 31 ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้าน.....	151
ตารางที่ 32 จำนวน และร้อยละ แสดงผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรมภายหลังการทดลอง.....	152

## สารบัญภาพ

### หน้า

ภาพที่ 1 แสดงความหมายของผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุ และหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสูงอายุ .....	25
ภาพที่ 2 แสดงองค์ประกอบและการจำแนกระดับ แนวทางการพัฒนา การประเมิน และการใช้คำเรียกเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	45
ภาพที่ 3 แสดงความหมาย ความสำคัญ รูปแบบของการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบ แหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต และการจัดการศึกษาตลอดชีวิต .....	59
ภาพที่ 4 แสดงแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาโดยสรุป .....	73
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	85
ภาพที่ 6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ .....	87
ภาพที่ 7 ภาพการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ .....	146



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ซึ่งหมายถึงมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ขึ้นไป หรืออาจกล่าวได้ว่าใน 7 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2564) ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2562 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2558) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นผลจากความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจ และความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะสาขาการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดลดลง สัดส่วนของผู้สูงอายุจึงมากขึ้นเป็นลำดับ เมื่อจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จากการประมาณการโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 1 ใน 3 โดยสัดส่วนของประชากรเด็กจะเหลือเพียงร้อยละ 12.8 โดยระหว่างปีพ.ศ.2553 –พ.ศ.2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 8.4 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 และในปี พ.ศ.2553 มีจำนวนผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 1.0 ล้านคน และในปี พ.ศ.2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 4.0 ล้านคน แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างประชากรไทยมีเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างรวดเร็วและผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน (<http://fopdev.or.th>) ปัญหาสำคัญลำดับต้นของผู้สูงอายุ คือปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อโรค ไม่ได้ติดต่อผ่านตัวนำเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อผ่านการสัมผัส การอยู่ร่วมกัน หรือ สารคัดหลั่งต่าง ๆ แต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย โดยส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขาดการออกกำลังกาย ขาดความเอาใจใส่ในการบริโภคอาหาร ขาดการจัดการความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและระดับโลก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง

(Stroke) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Heart Disease) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคมะเร็ง (Cancer) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease :COPD) หรือ ถุงลมโป่งพอง (Emphysema)

การจำแนกสังคมผู้สูงอายุ โดยองค์การสหประชาชาติได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ 1.ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชาชนอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ 2. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของประเทศ และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่าง ๆ ซึ่งทั้งประเทศไทยและรวมทั้งต่างประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ และ 3. Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) โรคเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และเป็นผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1) ขณะที่มียังร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อภาระงบประมาณ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรัฐ โดยปี พ.ศ.2553 งบประมาณการสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทุกกลุ่ม และยังคงคาดการณ์ว่าปี พ.ศ.2565 จะเพิ่มเป็น 3.5 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2557)

การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทำให้ประเทศไทยซึ่งมีผลกระทบเชิงนโยบายในวงกว้างทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น นโยบายทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข นโยบายแรงงาน นโยบายด้านการศึกษา เป็นต้น ทำให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็นระบบ เนื่องจากเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในระดับชาติ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมเนื่องจากมีผลกระทบต่องบประมาณของรัฐบาล การจ้างงาน แรงงาน การลงทุน และให้ระบบบริการในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและสุขภาพ (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านวัฒนธรรม ประเพณี ประวัติศาสตร์และยังมีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมเช่นเดียวกัน เช่น การดูแลบุตรหลานการที่พ่อแม่ต้องออกไปทำงาน

นอกบ้านหรือต้องไปทำงานต่างแดน การทำงานจิตอาสาในหน่วยงานของรัฐ เช่น การเป็นจิตอาสาตามโรงพยาบาล การเป็นอาสาสมัครในการดูแลวัด เป็นต้น

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายอย่างเด่นชัด โดยการเปลี่ยนแปลงเป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย แต่การเปลี่ยนแปลงก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ เช่น การทำงานของระบบผิวหนังลดลง ขาดความยืดหยุ่น ระบบประสาทที่พบว่าขนาดของเนื้อสมองมีขนาดเล็กลง ทำให้เกิดภาวะความจำเสื่อม การเคลื่อนไหวช้าลง และด้านจิตใจ ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องอยู่ตามลำพัง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (สิริพร สุธัญญา, 2550) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเองและส่งผลต่อการเข้าสังคมของผู้สูงอายุอีกด้วย และในผู้สูงอายุที่มีบทบาททางด้านสังคมลดลงจะรู้สึกว่าคุณค่าและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะครอบครัว ชุมชน หรือ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ (จงกลณี ศรีจักรโคตร, 2550)

จากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้องค์กรภาครัฐเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น มีการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เช่น แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564 ได้ให้ความสำคัญแก่การที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในอนาคต นอกจากนี้ยังมีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุต้องอาศัยการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกในการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) (กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2552) กำหนดมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุไว้ 6 ด้านได้แก่ 1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล 2) มาตรฐานด้านรายได้ 3) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย 4) มาตรฐานด้านนันทนาการ 5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง 6) มาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุนและหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีหน้าที่ในการให้สร้างเสริมสุขภาพ ให้บริการทางการแพทย์และการป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ในพื้นที่ รวมถึงการอาศัยกลุ่มต่าง ๆ ที่มีในชุมชนเพื่อเป็นการสร้างพลังของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ หลักการในการดูแลผู้สูงอายุแนวทางในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 ได้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 4 แนวทาง ดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) : ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเมื่อเข้าวัยสูงอายุ (Pre-Ageing) การให้ความรู้ด้านสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ผู้รับบริการ ในหน่วยบริการ ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น

2. การป้องกัน (Prevention) : คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาความผิดปกติ การให้คำปรึกษา ดำเนินการแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนะนำการปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การทำอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน เพื่อป้องกันการหกล้ม การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. การบำบัดรักษา (Caring/Treatment) : การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจากการคัดกรอง หรือเจ็บป่วย เข้ารับการวินิจฉัยรักษาต่อในโรงพยาบาล มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย เช่น Fast track ในการรักษา ผู้ป่วย Stroke ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) : ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ/ คลินิกส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูโดยนักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด หรือจัดให้บริการฟื้นฟูใน Day Care การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long term care) เป็นต้น

ความรู้ด้าน สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลดูแลสุขภาพตนเองและคนรอบข้างให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงทั้งในระดับบุคคลและระดับความสัมพันธ์ทางสังคม ในด้านสาธารณสุขได้มีการนำเสนองานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยต่าง ๆ โดยเน้นระบบที่มีผลต่อสุขภาพ เน้น การส่งเสริมและการป้องกันเป็นหลัก ความรู้ด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง และสามารถชี้แนะการมีสุขภาพส่วนบุคคลที่ดีแก่ ครอบครัว และชุมชนได้ (World Health Organization (WHO), 1998) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) กล่าวคือ องค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) หมายถึง คือ ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีในการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการสืบค้น รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงถึงระดับวิจารณ์ญาณและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์เพื่อการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี

3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการพูด การฟัง การอ่าน การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับการมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดที่เหมือนหรือแตกต่างกับบุคคลอื่น ๆ ได้

4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง การตัดสินใจ การทำข้อตกลงเพื่อให้บรรลุความตั้งใจที่ตนเองสามารถรับผิดชอบได้ เพื่อมีชีวิตที่มีความสุข

5. ทักษะการจัดการตนเอง (self-management) หมายถึง ความสามารถในการวางแผน และสามารถทำตามแผนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีสุขภาพที่ดี

6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล สามารถวิเคราะห์และตีความหมายของสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถเปรียบเทียบการเลือกรับหรือใช้สื่อเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและสามารถแนะนำให้สังคมตัดสินใจด้วยเหตุผล

สำหรับรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีหลายวิธีแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเฉพาะเรื่อง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับความรู้และแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อให้รู้จักควบคุมโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้นั้นจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสม (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2542 อ่างไฉ (ฉันทยาภรณ์ โพธิ์ถาวร, 2549) การเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นกลวิธีการแสวงหาความรู้ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของสังคมปัจจุบันที่พบว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้ตลอดชีวิตจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยสถาบันทางสังคมทุกส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัว ที่จะช่วยกันสร้างสรรค์บรรยากาศ ที่จะส่งเสริมหรือจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ (สมบุรณ์ ศาลยาชีวิน, 2546) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สุนน อมรวิวัฒน์ อ่างไฉ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรอุไร, 2554) เกิดขึ้นโดยการเรียนรู้ที่ดำเนินไปตลอดชีวิตได้แก่ การเรียนรู้ การฝึกฝนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริง การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นและเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นถ้ามีการจัดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ในปี พ.ศ.2559 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสามของประเทศและเป็นอันดับหนึ่งของภาคเหนือ มีผู้สูงอายุจำนวน 284,497 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 ของประชากรในจังหวัด (ระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง, 2560) และมีชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้น จำนวน 2,022 ชมรม (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ บ้านธรรมปภกรณ์, 2559) ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวของผู้สูงอายุในชุมชนแต่ละชุมชนเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมที่ทำร่วมกันสามารถช่วยส่งเสริม

ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถอยู่อย่างมีความสุขจึงมีการนำแนวคิดในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชนสามารถสร้างได้ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจากแนวคิดที่พิจารณาว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทรัพย์สินของชุมชนดังนั้นการที่บุคคลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีหรือไม่เป็นผลมาจากตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2558)

อำเภอสนทรายเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 12 ตำบล ได้แก่ สนทรายหลวง สนทรายน้อย สนพระเนตร สนนาเม็ง สนป่าเปา หนองแห้ง หนองจ้อม หนองหาร แม่แฝก แม่แฝกใหม่ เมืองเส้น และป่าไผ่ โดยมีลักษณะการผสมผสานทางด้านประชากรซึ่งประกอบด้วยประชากรดั้งเดิมและประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่อาศัยใหม่เพื่อเรียนทำงานและอยู่อาศัย ปัจจุบันอำเภอสนทราย มีจำนวนประชากรมากเป็นลำดับที่ 2 ของจังหวัดเชียงใหม่ รองจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ มีการขยายตัวของชุมชนเมืองแม่โจ้ ทำให้อำเภอสนทราย มีสถานศึกษาในระดับอุดมศึกษาและระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน โรงพยาบาล สถานประกอบการ และบ้านจัดสรรจากการเติบโตอย่างต่อเนื่อง อำเภอสนทราย ถูกกำหนดบทบาทให้เป็นอำเภอที่รองรับในด้านแหล่งที่อยู่อาศัยที่สำคัญของจังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอสนทรายเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ มีการคมนาคมสะดวกเนื่องจากอยู่ใกล้อำเภอเมือง นอกจากนี้ยังมีโครงการบ้านจัดสรร และโรงงานอุตสาหกรรมอีกหลายแห่งอยู่ในพื้นที่ ทำให้อำเภอสนทรายมีลักษณะการผสมผสานทั้งประชากรดั้งเดิมและประชากรที่ย้ายเข้ามาตั้งถิ่นฐานใหม่ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัดเชียงใหม่, 2560) ทำให้จำนวนประชากรของอำเภอสนทรายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุจากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2559 พบว่าอำเภอสนทรายเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ คือ 21,728 คน คิดเป็นร้อยละ 16.88 แสดงให้เห็นถึงจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่จำนวนมาก (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ บ้านธรรมปรกรณ์, 2559) ทำให้ภาครัฐต้องให้ความสำคัญในการรองรับปัญหาของผู้สูงอายุมากขึ้นโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพและสถานบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น จะต้องแก้ไขโดยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้นเพื่อจะได้นำเอาทักษะความรู้ด้านสุขภาพมาทำการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ปรับตัวเข้ากับสภาพทางสังคม และเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และเหมาะสม

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยมีความต้องการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยมุ่งหวังที่จะสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ที่เหมาะสม
  - 3.1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่
  - 3.2 เพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ทราบสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไปจัดการให้บริการหรือจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามระดับด้านความรอบรู้ของผู้สูงอายุต่อไป
2. ได้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป
3. ได้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่
4. ได้แนวทางที่เหมาะสมในการบริหารโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสำหรับนักวิชาการด้านสุขภาพ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ได้เหมาะสม ในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

## ขอบเขตงานวิจัย

### ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ อำเภอสันทราย ของจังหวัดเชียงใหม่ จาก 12 ตำบล ได้แก่ พื้นที่ตำบล สันทรายหลวง สันทรายน้อย สันพระเนตร สันนาเม็ง สันป่าเปา หนองแห่ียง หนองจ้อม หนองหาร แม่แฝก แม่แฝกใหม่ เมืองเส็น และป่าไผ่

### ขอบเขตประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ ผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 135,694 คน (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์, 2559: 7)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 388 คน โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และมีคุณสมบัติสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีความพิการทั้งทางกายและทางจิต

2. กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน เป็นเพศหญิง 40 คน เพศชาย 5 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ที่เหมาะสม โดยมีการศึกษา 3.1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 3.2 เพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ และมีคุณสมบัติ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีความพิการทั้งทางกายและทางจิต และความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการทดลองครั้งนี้



## ตัวแปรที่ศึกษา

### ตัวแปรที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และข้อที่ 2

**ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)** ประกอบด้วย ตัวแปรใน 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และรายได้
2. ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง ได้แก่ 1) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ 2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว 4) การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน และ 5) กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง
3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ 1) การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional expressivity) 2) ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (Emotional sensitivity) 3) การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Emotional control) 4) การแสดงออกทางสังคม (Social expressivity) 5) ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social sensitivity) และ 6) การควบคุมทางสังคม (Social control)

**ตัวแปรตาม (Dependent Variables)** ประกอบด้วย ตัวแปร 6 ตัวแปร ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
2. การรู้เท่าทันสื่อ
3. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม
4. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
5. ทักษะการตัดสินใจ
6. การจัดการสุขภาพตนเอง

### ตัวแปรที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3

**ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)** ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ตัวแปรตาม (Dependent Variables)** ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เจตคติต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 60 – 80 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยลง มีการปรับตัวต่อสังคม อารมณ์ และจิตใจอย่างมาก เช่น การเริ่มพราดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว การต้องพึ่งพาบุตรหลานจากสภาพที่เคยพึ่งพาตัวเองได้ และเป็นสิ่งที่พึ่งให้บุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ และพยายามปรับตัวโดยคำนึงถึงคุณค่าของตนเอง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือได้รับการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยและสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้โดยอิสระโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องช่วย จะทำให้ผู้สูงอายุนั้นอยู่ได้อย่างมีความสุขจนถึงวันสุดท้ายแห่งชีวิต

**ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง** คือ ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ที่ใช้ทักษะการพึ่งพาตนเองในด้านต่าง ๆ สามารถนำความรู้มาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยไม่เป็นการแก่ผู้อื่น สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพและยังสามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้ประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการจัดการด้านการเงิน ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ ความสามารถในการจัดยาเพื่อรับประทานยา การทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น
2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ เป็นความสามารถในการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในสังคม ในด้านนันทนาการ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การดูแลลูกหลาน การดูแลครอบครัว การทำงานอดิเรก เป็นต้น
3. การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เป็นความสามารถในการปฏิบัติ/การทำงานบ้าน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การซักกรีดเสื้อผ้า เป็นต้น
4. การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เป็นความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชุมชน/สังคมที่ได้อยู่อาศัย เช่น การไปตลาด การไปเที่ยว การทำศาสนกิจ เป็นต้น
5. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การขับถ่าย เป็นต้น

**ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งและมั่นคงในการเผชิญสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ มีความยืดหยุ่นต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสามารถเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional expressivity) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในการส่งสารโดยใช้ท่าทาง การแสดงออกทางอารมณ์และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

2. ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (Emotional sensitivity) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในการรับรู้และแปลความหมายของการสื่อสารด้วยท่าทาง มีความสามารถในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นและสามารถสังเกตท่าทางของผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Emotional control) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง โดยสังเกตจากการแสดงท่าทาง สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้และสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

4. การแสดงออกทางสังคม (Social expressivity) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น ผู้สูงอายุที่แสดงออกทางสังคมสูงจะแสดงตัวและชอบเข้าสังคม สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องอย่างคล่องแคล่ว

5. ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social sensitivity) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการแปลความหมายและเข้าใจในการใช้การสื่อสารเรื่องต่าง ๆ โดยทั่วไปด้วยภาษาพูด รับรู้และเอาใจใส่อารมณ์ของผู้อื่น

6. การควบคุมทางสังคม (Social control) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในการรักษาภาพพจน์ทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีการควบคุมทางสังคมสูงจะมีไหวพริบ มีความมั่นใจในตนเอง และมีความชำนาญทางสังคมผู้สูงอายุเหล่านี้จะสามารถแสดงบทบาททางสังคมได้อย่างหลากหลาย และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้มีความเหมาะสมกับเหตุการณ์ทางสังคมได้

**ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลและการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมถึงการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพจนสามารถนำไปปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) หมายถึง คือ ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการสืบค้น รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงถึงระดับวิจารณ์ญาณและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์เพื่อการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี

3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการพูด การฟัง การอ่าน การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับการมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดที่เหมือนหรือแตกต่างกับบุคคลอื่นๆได้

4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง การตัดสินใจ การทำข้อตกลงเพื่อให้บรรลุความตั้งใจที่ตนเองสามารถรับผิดชอบได้ เพื่อมีชีวิตที่มีความสุข

5. ทักษะการจัดการตนเอง (self-management) หมายถึง ความสามารถในการวางแผนและสามารถทำตามแผนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีสุขภาพที่ดี

6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล สามารถวิเคราะห์และตีความหมายของสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถเปรียบเทียบการเลือกรับหรือใช้สื่อเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและสามารถแนะนำให้สังคมตัดสินใจด้วยเหตุผล

**โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกระบวนการพัฒนาโปรแกรม 4 ขั้นตอน คือ 1. การสำรวจข้อมูล 2. การออกแบบโปรแกรม 3. การทดลองใช้โปรแกรม และ 4. การประเมินผลและปรับปรุงโปรแกรม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะ (Nutbeam, 2008) ได้แก่

1. ทักษะการเข้าถึง (Access)
2. ทักษะการไถ่ถาม (Questioning)
3. ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ (Understanding)
4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)
5. ทักษะการนำไปใช้ (Apply)

**คู่มือ** หมายถึง สื่อสิ่งพิมพ์ในรูปแบบหนังสือที่มีเนื้อหาที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเป็น การแนะนำประโยชน์ทางด้านสุขภาพ และการนำไปปฏิบัติใช้เพื่อเป็นแนวทางการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยประเมินจาก

1. ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เจตคติต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ความพึงใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่” ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนทฤษฎี แนวคิด รวมไปถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
3. แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา

#### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1. ความหมายของผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531 อ้างใน ญัฐชานันท์ วีระกุล, 2558) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ ว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกัน โดยนับอายุตามปฏิทิน

สุพรรณษา วงศ์ศรี (2552 อ้างใน ญัฐชานันท์ วีระกุล, 2558) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตที่มีอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์สากลที่มีความสัมพันธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม

นรินทร์ หมั่นแสน (2555) ได้สรุปว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นผู้ที่เกษียณอายุการทำงานแล้ว สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอยตามธรรมชาติอันส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของบุคคลนั้น

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุว่าเป็นคำที่มีการใช้คำอื่นแทนจำนวนมาก เช่น ผู้สูงวัย คนชราหรือผู้เฒ่า เป็นต้น และให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ (older person) คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

องค์การอนามัยโลก (อ้างใน บวรนนท์ พิมพ์โพธิ์, 2557) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ (Elderly) ว่า เป็นบุคคลที่มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี คนชรา (Old) เป็นบุคคลที่มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี และคนชรามาก (Very Old) คือบุคคลที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป

บวรนนท์ พิมพ์โพธิ์ (2557) ยังกล่าวถึง ผู้สูงอายุโดยทั่วไป ว่าหมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ จนถึงวัยสูงอายุที่เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม แต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมถอยแตกต่างกัน

สมบุรณ์ วัฒนนะ (2559) ได้ศึกษาแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท โดยการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลบิดาและมารดาในพระบาลีและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุ คือ คนชราภาพที่มีความสำคัญเป็นอย่างสูงต่อการทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา และเสนอเพิ่มเติมว่าบิดาและมารดาควรได้รับการยกย่องไว้สูงส่งเทียบเท่าพระพรหม พระอรหันต์ของผู้เป็นลูก และควรอย่างยิ่งที่ลูกจะดูแล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้สุขสบาย

นอกจากนี้ สมบุรณ์ วัฒนนะ (2559) ได้วิเคราะห์ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ในภิกขุสูตร (พระไตรปิฎกเล่มที่ 26 ข้อที่ 95 หน้าที่ 151) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า คือคนที่ชราภาพ ดังที่พระพุทธองค์ตรัสไว้ว่า “ดูก่อนภิกษุทั้งหลายก็ชรา.....เป็นฉน ความแก่ ภาวะของความแก่ ฟันหลุด ผมหงอก หนังเป็นเกลียว ความเสื่อมแห่งอายุ ความแก่หง่อมแห่งอินทรีย์ ในหมู่สัตว์นั้น ๆ ของเหล่าสัตว์นั้น ๆ นี้เรียกว่าชรา”

องค์การสหประชาชาติ (UN) อ้างใน สมบุรณ์ วัฒนนะ, 2559) ได้นิยามความหมายของผู้สูงอายุ ว่าหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้ให้เกณฑ์ความเป็นสังคมผู้สูงอายุไว้ว่า หากประเทศใดก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จะต้องมีการอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด

มานพ นักการเขียน (2561) ได้ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนาและให้นิยามของผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่เน้นไปที่การนับตามปฏิทิน และเสนอว่าแท้จริงแล้วควรพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านจิตและด้านสังคม โดยเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม โดยแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการและโรคภัยของแต่ละบุคคล ทั้งเป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแลอุปการะจากคนในครอบครัวและสังคมทุกภาคส่วนเพื่อให้มีความสุขในวัยบั้นปลายของชีวิต

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 60 ปี ขึ้นไป มีเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง และมีการเสื่อมถอยของอวัยวะ เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อารมณ์ และจิตใจ เช่น การเริ่มพรากจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ หรือสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว การต้องพึ่งพาบุตรหลานจากสภาพที่เคยพึ่งพาตัวเองได้ และเป็นที่พึ่งให้บุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ และพยายามปรับตัวโดยคำนึงถึงคุณค่าของตนเอง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือได้รับการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยและสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้โดยอิสระโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องช่วย จะทำให้ผู้สูงอายุนั้นอยู่ได้อย่างมีความสุขจนถึงวันสุดท้ายแห่งชีวิต

## 2. หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสูงอายุ

บวรนนท์ พิมพ์โพธิ์ (2557) ได้ศึกษาและจำแนกการเปลี่ยนแปลงที่สามารถนำมาใช้ในการพิจารณาความสูงอายุเป็น 3 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological change) ที่มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโตเมื่อเทียบกับช่วงวัยหนุ่มสาว โดยระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเริ่มมีความสามารถในการทำงานลดลง จึงทำให้วัยสูงอายุ มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ ได้ง่าย โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สังเกตได้ชัดเจน เช่น ระบบผิวหนัง ระบบประสาทและสมอง ระบบประสาทสัมผัส ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change) ซึ่งเป็นผลที่มีความสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เพราะความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและลักษณะทางกายภาพที่เปลี่ยนไปของร่างกาย รวมไปถึงสภาพในสังคมปัจจุบันทำให้ผู้สูงอายุเกิดความโดดเดี่ยว และรู้สึกถึงคุณค่าของชีวิตตนเองน้อยลง ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศของตนเองได้ เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social change) อันเนื่องมาจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเกษียณอายุการทำงาน จึงทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของตนเองซึ่งแตกต่างจากวัยที่ทำงานอยู่ โดยความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบ

ของสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานภาพในสังคม เกิดความคับข้องใจทางสังคม การลดความสัมพันธ์กับชุมชน เป็นต้น

ณัฐชานันท์ วีระกุล (2558) ได้ศึกษาทฤษฎีการสูงอายุ โดยอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการสูงอายุที่เกิดขึ้นตามสมมติฐานของนักทฤษฎีแต่ละท่าน โดยระบุว่า การสูงอายุของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป โดยทั่วไปมีการจัดกลุ่มทฤษฎีการสูงอายุออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological Theories of Aging) อธิบายถึงการชราภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิต โดยอธิบายถึงผลจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงภายในระบบที่จะต้องเกิดกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการสูงอายุตามลักษณะทางกายภาพของร่างกาย

2. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) อธิบายพัฒนาการของมนุษย์ที่มีความต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเน้นที่พฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุของแต่ละบุคคล

3. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological Theories of Aging) ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล รวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ

นอกจากเกณฑ์การพิจารณาทั้ง 3 เกณฑ์ที่ได้กล่าวมาแล้ว จากการประชุมขององค์การอนามัยโลก (1963) ที่เมืองเดรฟ ประเทศรัสเซีย (อ้างใน นรินทร์ หมั่นแสน, 2555) ยังได้พิจารณาถึงเกณฑ์เพิ่มเติมอีก 1 เกณฑ์ คือ การพิจารณาในแง่กฎหมาย โดยในทางกฎหมายได้กำหนดความสูงอายุตามปีปฏิทินแตกต่างกันตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่างอายุ 55-65 ปี ซึ่งการกำหนดความสูงอายุตามกฎหมายนี้ ก็เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติ และอาจรวมไปถึงการพิจารณาให้ค่าตอบแทนเป็นเงินบำนาญ สำหรับประเทศไทยได้กำหนดให้ข้าราชการไทยจะกำหนดการเกษียณอายุราชการไว้เมื่อครบ 60 ปี

### 3. ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย จิตใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการเตรียมพร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงทำให้เกิดความต้องการและการปรับตัวในด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น

Eldercare (2561) ระบุว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยต้องการ คือ การได้รับการประคับประคองและให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากสภาพของสังคมไทยการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันมาอย่างช้านาน แต่ด้วยความเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพสังคมและเศรษฐกิจทำให้เกิดผลกระทบ



กับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นอย่างมาก และถึงอย่างไรผู้สูงอายุก็ต้องได้รับการดูแลตามสมควร โดยเสนอว่า การจะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องเข้าถึงความต้องการของผู้สูงอายุก่อน โดยความต้องการของผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เน้นไปที่ความต้องการด้านสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บของผู้สูงอายุ ซึ่งในความเป็นจริงผู้สูงอายุมักมีสุขภาพไม่ดีและมีโรคประจำตัวที่เกิดจากความเคยชินที่ดำเนินชีวิตประจำวันแบบไม่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักเป็นปัญหาด้านสุขภาพและโรคประจำตัว ผู้สูงอายุบางคนก็ไม่ตระหนักที่จะดูแลสุขภาพในช่วงที่ร่างกายยังแข็งแรงอยู่พอเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้สุขภาพแยลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนมากจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลซึ่งส่วนมากจะเป็นคนในครอบครัว ช่วยกันดูแล ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการเรื่องของอาหารการกินเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอและการพักผ่อน/การนอนหลับที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านของผู้สูงอายุ เช่น หน้าที่การงานในช่วงหลังการเกษียณ สถานะในครอบครัวที่จะให้ความช่วยเหลือและการดูแลในช่วงบั้นปลายของชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงอันนำมาสู่การเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ โดยส่วนมากล้วนมีประสบการณ์ทำให้สามารถปรับตัวควบคุมจิตใจยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ช้าหรือยึดติดกับความคิดแบบเดิม ๆ คือเอาเหตุผลของตัวเองเป็นหลักก็อาจทำให้เกิดความเครียดขึ้นมาได้ บางคนแสดงอาการออกมาในลักษณะต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนิสัย ประสบการณ์ การศึกษาและสภาพแวดล้อมของตัวผู้สูงอายุ แต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน

3. ความต้องการทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุยังคงต้องการเป็นที่เคารพและยกย่องจากคนในครอบครัวและสังคม ต้องการมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องครอบครัว ต้องการพึ่งพาช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาหรือขอความช่วยเหลือคนอื่นให้น้อยที่สุด โดยไม่ต้องการความสงสารที่แสดงออกแบบตรง ๆ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าที่มีคนอื่นมาแสดงความเมตตาสงสาร

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) ได้อธิบายถึงบุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลพ่อแม่ ญาติ ผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยได้แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุเป็น 3 ด้าน แบ่งได้ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยความต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด ความต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันทีที่ ต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ ความต้องการบำรุงรักษาร่างกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป โดยผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตัวเองให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้นเมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็นจะมีมากขึ้นด้วย แต่การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น

นอกจากนี้ยังระบุว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบ คือ 1) การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง 2) การแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการกระทำที่ตนทำไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจหงุดหงิดหรือโกรธง่าย ต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือและการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ 3) ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความสนใจ ของตนเองเท่านั้น 4) การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง เนื่องจากการมีอายุมากขึ้น คือ การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับสภาพดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความสำเร็จให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. ความต้องการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ต้องการมีชีวิตร่วมกับผู้อื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคมต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง) ต้องการการประกันรายได้และประกันความชราภาพของตนเอง

รายงาน Getting Older, Our Aging World (2019 อ้างใน Marketeen, 2562) พบว่าการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนไปจากเดิมมาก เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้อยู่บ้านเลี้ยงหลานเหมือนกับวิถีชีวิตในสังคมอดีตที่ผ่านมา แต่พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การเดินทางท่องเที่ยว การเพาะปลูก การเยี่ยมญาติหรือพบปะกลุ่มเพื่อน การเดินออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมชุมชน การจับจ่ายสินค้าและบริการและเล่นโซเชี่ยลมีเดีย เป็นต้น

นอกจากนี้ ธีราดล เสาร์ชัย (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ในภาพรวมด้านพฤติกรรม ความต้องการร่วมกับการศึกษาแนวความคิดในการออกแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุจากกรณีศึกษาตัวอย่างทั้งภายในและต่างประเทศ พบว่ามีรูปแบบที่น่าสนใจในการนำมาพิจารณาในการออกแบบและพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มแนวคิดได้ 4 รูปแบบดังนี้

1. ที่พักอาศัยเพื่อสุขภาพ โดยเป็นลักษณะที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่เน้นความต้องการด้านสุขภาพ ซึ่งพิจารณาในเรื่องของทำเลที่ตั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สวยงาม อยู่ในแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ หรือตั้งอยู่ใกล้สวนสาธารณะ ใกล้โรงพยาบาล มีพื้นที่เพื่อสุขภาพ เช่น ห้องออกกำลังกาย ห้องทำกายภาพบำบัด สระว่ายน้ำ ทางวิ่งหรือเดินเล่น และเมื่อเข้าสู่บริเวณที่พัก ควรมีพื้นที่อเนกประสงค์เพื่อสุขภาพซึ่งปรับเปลี่ยนได้ตามการใช้งานที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย เช่น การเตรียมพื้นที่ว่างเตียงสำหรับผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้สูงอายุล้มป่วยลง นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงพื้นที่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม เพราะผู้ดูแลต้องอยู่ใกล้ชิด ทั้งกลางวันและกลางคืน บางครอบครัวต้องใช้บริการบุคลากรทางการแพทย์เข้ามาดูแล จึงต้องเผื่อพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว มีความสะดวกให้กับผู้ดูแลอย่างเหมาะสมอีกด้วย

2. ที่พักอาศัยเพื่อการสร้างรายได้ โดยมีแนวคิดในการออกแบบที่พักอาศัยเพื่อสร้างรายได้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีเงินออมไม่มากนัก ต้องการรายได้เพื่อการดูแลตนเอง จึงควรออกแบบให้มีพื้นที่เพื่อกิจกรรมร่วมกับการพักอาศัยได้ เช่น มีหน้าร้านเพื่อการขายสินค้า มีพื้นที่ปลูกผัก ทำสวน เลี้ยงสัตว์ มีพื้นที่ผลิตสินค้า อาหาร แกลเลอรีหรือสตูดิโอสำหรับผู้สนใจงานศิลปะ เป็นต้น

3. ที่พักอาศัยในรูปแบบการร่วมลงทุน ด้วยลักษณะของครอบครัวของผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว มีบุตรน้อย ขาดญาติพี่น้องลูกหลานดูแล แต่ยังมีความต้องการเพื่อนและสังคม เมื่อถึงเวลาเกษียณจึงมีความต้องการที่พักอาศัย ซึ่งมีเพื่อนที่คุ้นเคยผูกพันกันช่วยดูแลกันอาจเป็นเพื่อนสมัยเรียน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมอุดมการณ์ จึงมีโครงการในลักษณะของการลงทุนร่วมกัน ใช้พื้นที่ส่วนกลางเพื่อสร้างรายได้และแบ่งปันผลประโยชน์ร่วมกัน นำรายได้มาเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือนในยามเกษียณ และผลพลอยได้ที่แถมมาด้วยก็คือความรู้สึกอบอุ่นกับการได้อยู่ใกล้ชิด ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้ดูแลกันและกัน

4. ที่พักอาศัยในรูปแบบพิเศษ เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องที่พักอาศัยกับผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ที่ต้องการพึ่งพาตนเอง มีการบริหารจัดการโดยองค์กรอิสระภายใต้การกำกับดูแลของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านของการจัดหาบ้านที่เหมาะสมซึ่งตั้งอยู่ในเมืองหลายแห่งทั่วประเทศ มีบริการให้คำปรึกษาในการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกในที่พักอาศัย การจัดการงบประมาณ การฟื้นฟูสุขภาพ การจัดหาอาสาสมัครเพื่อคอยดูแล รวมทั้งยังมีบ้านพักคนพิการและผู้สูงอายุแบบอยู่อาศัยรวมไว้ให้บริการ เป็นต้น

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ปกติ สภาพของผู้สูงอายุ จึงคล้ายกับผู้เสมือนไร้ความสามารถ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลจากการ เปลี่ยนแปลงทางสรีระ โรคภัยไข้เจ็บ และส่งผลกระทบต่อสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้การสูญเสียสภาพทางสังคม ย่อมกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นกัน

#### 4. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)

ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า "ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population ageing)" อันจะมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว(สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง) การกำหนดแผนระยะยาวที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา จึงเป็นที่ตระหนักทั้งของรัฐและประชาคมต่าง ๆ ว่ามีความสำคัญในลำดับต้น ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาวิจัยต่อเนื่อง การติดตามประเมินผล การปรับปรุงแผนระยะยาวด้านผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ ก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกันนอกจากนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้ระบุในมาตรา 54 และมาตรา 80 ถึงภารกิจที่จะต้อง มีต่อประชากรสูงอายุ และปี พ.ศ.2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้นอันเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการ ซึ่งจากเหตุผลข้างต้นเป็นไปเพื่อให้ถึงเป้าหมายแห่ง ความมั่นคงของสังคมแนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)

#### ปรัชญา

1. การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม
2. ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม

3. ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ ที่สมเหตุสมผล และสมวัย
4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก และต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ยังเป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

### วิสัยทัศน์

เน้น "ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" โดย

1. ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี (สุขภาพดีทั้งกายและจิต ครอบครัวอบอุ่นมีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสมอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง)
2. ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง
3. ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ
4. ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ
5. รัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม
  2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
  3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน
  4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ
  5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชนชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน
- นอกจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติแล้ว รัฐยังมีการวางแผนให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างเร่งด่วน

## 5. ยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ได้จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

- 1.1 มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
- 1.2 มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- 1.3 มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

- 2.1 มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น
- 2.2 มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
- 2.3 มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- 2.4 มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 2.5 มาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุน

ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

- 2.6 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่

เหมาะสมและปลอดภัย

3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

- 3.1 มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
- 3.2 มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ
- 3.3 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- 3.4 มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

- 4.1 มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
- 4.2 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

5.1 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

5.2 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

5.3 มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4 มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอีกหน่วยงานหนึ่ง คือ กองสวัสดิการสังคม กระทรวงประชาสงเคราะห์ ได้กำหนดปณิธานผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ อีกด้วย

**ปณิธานผู้สูงอายุไทย** (กองสวัสดิการสังคม กระทรวงประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, 2542: 1-9)

ปณิธานผู้สูงอายุไทยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้ ดังต่อไปนี้

ปณิธานผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ จึงได้กำหนดสาระสำคัญไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
3. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตเข้าถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนเองให้สมวัย
4. ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า
5. ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามศรัทธา

6. ผู้สูงอายุควรได้มีบทบาท และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน สังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคล ทุกวัย

7. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนด นโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุตามเป้าหมาย

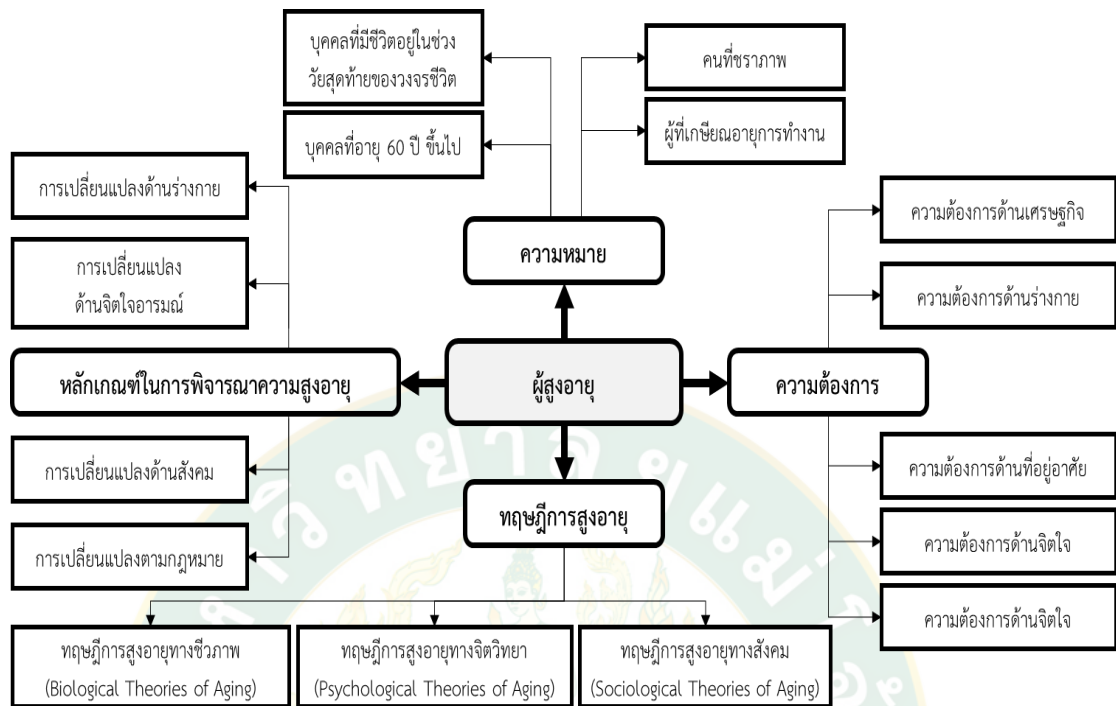
8. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่า ด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครอง และจัดสวัสดิการแก่ ผู้สูงอายุ

9. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องรณรงค์ ปลุกฝัง ค่านิยมให้สังคมตระหนักคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูตเวทีและความ เอื้ออาทรต่อกัน

จะเห็นได้ว่ารัฐบาลได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อน การปฏิรูปประเทศ (2559) ได้เสนอแนวทางในการปฏิรูปและสาเหตุของความเจ็บป่วย คือ การดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างมีความสุขและสามารถดูแลสุขภาพของ ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้เป็น 4 ประเด็น คือ ความหมายของผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุ และหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสูงอายุ ดังภาพที่ 1





ภาพที่ 1 แสดงความหมายของผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุ และหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสูงอายุ

### แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำรงชีวิต ทุกคนจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี เพื่อให้ตนเองเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีในทุก ๆ ด้าน จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพที่ตนมีอยู่ สุขภาพเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม หากปัจจัยดังกล่าวขาดความสมดุลก็จะก่อให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพได้

การจะมีภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนานั้น บุคคลจะต้องมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่ ถูกต้อง และเป็นระบบ การที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น จะต้องมีความสุขภาวะทางร่างกาย (Physical health) สุขภาวะทางสังคม (Social health) สุขภาวะทางจิตใจ (Mental health) สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional health) สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (Environmental health) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยที่บุคคลที่จะมีสุขภาพดีได้นั้น จะต้องมีการปัจจัยทางสุขภาวะเหล่านี้ดี ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ร่วมกันกำหนดสถานะ สุขภาพของแต่ละบุคคล และมีอิทธิพลสำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) พันธุกรรม (Heredity) และการบริการสุขภาพ (Health care

service) การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น มิได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบใด หรือปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลรวมจากปัจจัยหลายๆ ด้านเหล่านี้ร่วมกัน (อภิชาติ ไตรแสง, 2539)

**สุขภาวะทางร่างกาย** หมายถึง คุณลักษณะของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับขนาด รูปร่าง ของร่างกาย หน้าที่ในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่ทำงานสัมพันธ์กัน การที่บุคคลมีสุขภาวะทางร่างกายดี คือ การที่ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายสามารถทำงานสัมพันธ์กันดี เป็นอย่างดี มีพัฒนาการที่เหมาะสม ตามเพศ วัย มีสมรรถภาพทางกายที่ดี สามารถประกอบ กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

**สุขภาวะทางจิตใจ** หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาการจาก ประสบการณ์ และความสามารถทางปัญญาที่มีอยู่ในตัวตนของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลต่อการ ตอบสนองทางความคิดของบุคคลนั้น การตอบสนองทางความคิด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อ (Beliefs) ทศนคติ (Attitudes) และค่านิยม (Values) ต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น วิธีการดำเนินชีวิต ครอบครัว ความสัมพันธ์ของสังคม เป็นต้น บุคคลใดที่มีสุขภาพทางจิตใจที่ดี จะเป็นผู้ที่มักจะคิดต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือในทางบวกกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเสมอ ซึ่งภาษาอังกฤษตรงกับคำว่า Positive thinking หมายถึง การคิดทางบวก หรือการคิดในทางที่ดี

**สุขภาวะทางอารมณ์** จะมุ่งเน้นถึงความรู้สึก (Feeling) ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ และตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่ด้วย เช่น การมีอารมณ์ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับ ความรัก (Loving) ความชอบ (Caring) ความเกลียดชัง หรือรังเกลียด (Hating) ความรู้สึกเจ็บปวด (hurt) ความรู้สึกหมดหวัง หรือความผิดหวัง (Despairs) ความรู้สึกที่ปลดปล่อย (Release) สนุก (Joy) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกกลัว (Fear) ความ ขัดข้องใจ (Frustration) ความโกรธอย่างรุนแรง (Intense anger) เป็นต้น

ริชาร์ด ลาซารัส (Richard Lazarus) นักจิตวิทยา (Psychologist) เชื่อว่าการมีความรู้สึกหรืออารมณ์ จะมีพื้นฐาน 4 ประการดังนี้

1. อารมณ์เป็นผลอันเนื่องมาจากการมีอันตราย (Harm) ความสูญเสีย (Loss) หรือถูกคุกคาม (Threats)
2. อารมณ์เป็นอันผลเนื่องมาจาก การได้รับประโยชน์ หรือสิ่งที่ดี (Benefits)
3. อารมณ์แบบกำกึ่ง เช่น ความหวัง (Hope) ความเห็นอกเห็นใจ หรือความสงสาร (Compassion)
4. อารมณ์ที่เกิดอย่างสมบูรณ์ เช่น ความโศกเศร้าหรือความสลดใจ (Grief) ความ ท้อแท้หรือความเสียใจ (Disappointment) ความลำบากใจ (Bewilderment) และความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity)

**สภาวะทางสังคม** หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีความเกี่ยวข้อง ปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งต่าง ๆ สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ทางสังคม และพฤติกรรมประจำวันที่เกิดขึ้นได้ การที่ บุคคลจะมีสภาวะทางสังคมที่ดีนั้น จะมีความเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social supports) ในที่นี้โดยเฉพาะการได้รับสนับสนุนจากครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญ นอกจากนี้ ยัง เกี่ยวข้องกับข้อผูกมัด ทางสังคม (Social bonds) ซึ่งจะมาจาก องค์ประกอบหลัก 6 ประการ คือ ความคุ้นเคย หรือความสนิทสนม (Intimacy) การปรับตัวกับ สภาพแวดล้อม (Integration) มีการให้ หรือการรับอย่างเหมาะสม (Giving or receiving nurturance) มีการให้ความช่วยเหลือ และแนะนำ (Assistance and Guidance) มีการให้คำปรึกษา (Advice) มีความมั่นใจที่ดีกับสิ่งที่มีคุณค่าสิ่งใด สิ่งหนึ่ง (Reassurance of one's worth)

**สภาวะทางจิตวิญญาณ** หมายถึง สภาวะของบุคคลที่สามารถรู้จักตัวตนของตนเอง ไม่มี ความเห็นแก่ตัว มีความรู้สึก ความเข้าใจ ในการดำรงอยู่ หรือมีความเข้าใจความรู้สึกเป้าหมายในชีวิต ที่แท้จริงมากกว่าความรู้สึกความเข้าใจส่วนบุคคล เช่น การให้ของ หรือช่วยเหลือผู้อื่น การเสียสละ แล้วเกิดความสุข การรู้จักบาปบุญคุณโทษ สิ่งเหล่านี้เป็นมิติทางนามธรรม ที่เรียกว่า จิตวิญญาณ ซึ่งถือว่าเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการพัฒนามนุษย์

สำหรับทัศนะของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี (ประเวศ วะสี, 2547) ได้ให้นิยามของ คำว่าสุขภาพ คือ ดุลยภาพ การที่ท่านกล่าวเช่นนี้ ก็หมายความว่าถึงมนุษย์เราจะต้องมีสภาวะทางด้าน ต่าง ๆ ที่มี ความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างบูรณาการ และเหมาะสม ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล เมื่อ มนุษย์ มีความสมดุลก็จะมีสภาพที่ปกติ ลักษณะดุลยภาพนั้นจะต้องมีความสมดุลของสภาวะของ แต่ละบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีดุลยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ บุคคลสามารถดำรงชีวิตมีวิถีชีวิตที่ดี มีความสุข และทำให้สังคม ชุมชน มีความเป็นปกติสุข

แนวคิดดั้งเดิมในอดีต การส่งเสริมสุขภาพจะเน้นที่ระดับบุคคล แต่ในปัจจุบันนี้ การส่งเสริม สุขภาพจะต้องให้ความสำคัญในมิติระดับสังคมด้วย เป็นการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็น ระบบ สอดคล้องกับโครงสร้างทางสังคม และแบบแผนดำเนินชีวิตของบุคคลในแต่ละช่วงวัย นับตั้งแต่ก่อน เกิดจนกระทั่งถึงตาย ซึ่งโครงสร้างสังคม และแบบแผนการดำเนินชีวิตจะมีการ เปลี่ยนแปลงไม่หยุด นิ่ง เรียกว่าเป็นพลวัต อาจจะสามารถกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ถือว่าเป็นการส่งเสริมใน ระดับจุลภาค และการส่งเสริมสุขภาพในระดับสังคมถือว่าเป็นการส่งเสริม ในระดับมหภาค

## 1. ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ตามนิยามคำจำกัดความที่ได้จากการประชุม ระหว่างประเทศ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจัดโดยองค์การอนามัยโลก ณ กรุงออกตาวา ประเทศ แคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) ได้เกิดข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินการด้าน การส่งเสริม

สุขภาพที่เรียกว่า Ottawa Charter ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการของการทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มพลังอำนาจในการควบคุม และปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง

ตามแนวคิดของ กรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1999 อ้างใน วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2541: 3) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวม ของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการ ปฏิบัติในสภาวะการณ์การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำ หรือการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคลก็ตาม การปฏิบัติ หรือการกระทำเหล่านั้นย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และชุมชนโดยรวม

แคปแลน แซลลิส และแพทเทอร์สัน (Kaplan; Salis and Patterson, 1993: 81 อ้างใน (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2541: 3) ได้ให้ความหมายของ การ ส่งเสริมสุขภาพ คือ ความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่าประชากรที่มีสุขภาพดีต้องมีการป้องกันโรค และได้รับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต สำหรับ เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray and Zentner, 1992: 659 อ้างใน วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2541: 3) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ กลุ่มกิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับของสุขภาพ และความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น รวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และสังคม ได้ ประจักษ์ในศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพมีลักษณะธรรมชาติเป็นแบบพหุมิติบุคคลต่าง ๆ ครอบครัว หรือชุมชน จะพาตนเองไปสู่ภาวะการณ์มีค่านิยมในทางบวกกับการมีภาวะสุขภาพที่ดี

จะเห็นได้ว่าแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพในเชิงระบบนี้ เชื่อว่า ลักษณะโครงสร้าง ทางสังคม สภาพการดำเนินชีวิต หรือวิถีชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ สถาบัน และบรรยากาศทางการเมือง กฎหมาย วัฒนธรรม รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพของชุมชน เป็นระบบที่สนับสนุนและ ยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคล จากการให้ คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพ ได้รวมถึงองค์ประกอบ และโครงสร้างของการส่งเสริม สุขภาพในเชิงระบบ เป็นการผสมผสานศาสตร์ต่าง ๆ ได้แก่ วิทยาการทางด้านชีวการแพทย์ (Biomedical Sciences) วิทยาการจัดการ (Management Sciences) พฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Sciences) และ การศึกษา (Education) ตลอดจนวิทยาการจิตวิทยาสังคม (Psycho-social sciences) เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว กลุ่ม บุคคล และชุมชน อันเป็นจุดหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้นการส่งเสริมสุขภาพ จะเกิดขึ้นได้ต้องอยู่ภายใต้ สังคมที่มีความสงบ และผาสุก ประชาชนได้มีที่อยู่อาศัยครบถ้วน ถูกสุขลักษณะ มีอาหารสะอาดถูกหลักอนามัยบริโภค มีงานทำเพื่อเป็นรายได้เลี้ยงดูตนเอง และครอบครัว อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็น

พิชภัยต่อกาย จิต และสังคม ได้รับการยอมรับนับถือ ได้รับความยุติธรรม และความเท่าเทียมกันในโอกาสต่าง ๆ เป็นต้น

## 2. มติการส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ จะต้องคำนึงถึงความสำคัญในแต่ละมิติ ดังนี้

**มติที่ 1** คือ กลุ่มบุคคลคนเป้าหมายที่จะทำการส่งเสริมสุขภาพ จะเน้นกลุ่มใดบ้าง ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ชาย หญิง ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส

**มติที่ 2** คือ สถานที่เป้าหมายเฉพาะที่ทำการส่งเสริมสุขภาพจะต้องคำนึงถึงว่าสถานที่ ที่จะส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน เมือง องค์การกีฬา และ วัฒนธรรม

**มติที่ 3** คือ กิจกรรมที่เน้นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะ จะต้องเป็นกิจกรรมที่ บุคคลที่เข้าร่วมได้รับประโยชน์ และทำให้บุคคลเหล่านี้เป็นผู้มีสุขภาพดี ได้แก่ การรณรงค์เพื่อ การเลิกสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ กิจกรรมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร กิจกรรม การออกกำลังกาย กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย เช่น การรณรงค์เมาไม่ขับ กิจกรรมตรวจสอบคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจ ความดันเลือดสูง เบาหวาน โรคทางจิต ทัศนสุขภาพ สุขภาพทางเพศ หรือโรคติดต่อทางเพศ เป็นต้น

**มติที่ 4** คือ กลยุทธ์ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ

1. การให้ความรู้ทางด้านสุขศึกษา และการประชาสัมพันธ์ โดยเน้นการให้ข่าวสารแก่บุคคล และชุมชน
2. การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) โดยการสร้างกระแสสังคม (Advocacy) ซึ่งเป็นการสร้างความรู้ให้เท่าทัน กระตุ้นให้สังคมสำนึก สมานฉันท์ ร่วมกันรณรงค์เพื่อสุขภาพ เป็นการสร้างประชาสังคม (Civil Society) เพื่อสุขภาพ
3. การสร้างเครือข่าย (Coalition Building) หรือการสร้างแนวทางร่วมประสาน
4. การพัฒนาชุมชน
5. การบริการด้านสุขภาพเพื่อการป้องกัน
6. การกำหนดนโยบายสาธารณะที่ชัดเจน
7. การออกกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ
8. การกำหนดนโยบายการเงินและการคลัง

การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจะบรรลุตามเป้าหมายได้ จำเป็นต้องสร้างมาตรการรองรับอันเป็นปัจจัยสำคัญเพื่อสนับสนุนให้มีแผนงาน และรายละเอียด ดังนี้ (Ottawa Charter, 1986 อ้างใน วสันต์ ศิลปะสุวรรณ, 2540: 66-68)

## 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ จะมีความเกี่ยวข้องกับกฎหมาย มาตรการด้านเศรษฐกิจ (งบประมาณ) การเก็บภาษีอากร รวมถึงการปรับเปลี่ยน หรือปรับปรุงองค์การด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่จะต้องทำร่วมกันเพื่อให้แน่ใจว่าสินค้า บริการต่าง ๆ บริการสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมสะอาด และถูกสุขลักษณะ นำความรื่นรมย์ สุขสบาย และปลอดภัย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพสู่ประชาชนอย่างแท้จริง

การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงอุปสรรค ปัญหา ที่มา ขัดขวางภาวะสุขภาพสุขสมบูรณ์ของประชาชน รวมถึงวิธีการขจัดปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้น

ดังนั้นจึงต้องมีการผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ วิชาชีพ และภาคประชาชน ผลักดันนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา การตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้า และบุหรี่เพิ่ม เพื่อตั้งเป็น กองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) การรณรงค์ลดการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สินจาก อุบัติเหตุบนท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และจัดทำร่าง พรบ. สุขภาพ แห่งชาติ เป็นต้น

## 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Create Supportive Environment)

จากความสลับซับซ้อนทางสังคม ภาวะสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญ ประการหนึ่งที่ไม่อาจแยกออกจากเป้าหมายอื่น ๆ ในสังคมได้แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง มนุษย์กับสิ่งแวดล้อม จะเป็นพื้นฐานอันสำคัญช่วยกำหนดแนวทางในการปรับปรุงสุขภาพของ บุคคล ชุมชน และสังคม กระบวนการพัฒนาบุคคล และสิ่งแวดล้อมให้อยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลซึ่ง กันและกัน ความรับผิดชอบร่วมกันของประชาชนทั่วโลก คือ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตนับตั้งแต่แบบแผนการทำงานการประกอบ อาชีพ การใช้เวลาว่าง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นแหล่งเริ่มต้น “สังคมที่มีสุขภาพดี” เป็น “ชุมชนน่าอยู่” ชุมชนที่น่าอยู่จะมีส่วนร่วมสร้างเสริมสภาพการดำเนินชีวิต และการทำงานให้มีความปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ เคมีชีวภาพ รวมถึงจิตสังคม

การประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการทำงาน การดำรง ชีวิตที่ต้องการความสะดวกสบาย เกิดความเร่งรีบแข่งขันกัน ในสังคมขนาดใหญ่ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่ ทำลายสุขภาพของประชาชน และสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่อาศัย จำเป็นต้องมีแผน โครงการรองรับการเปลี่ยนแปลง ให้เป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของเขาเอง

จึงได้มีการดำเนินงาน “ชุมชนน่าอยู่” (Community City) ที่ยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนและทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อนำไปสู่สำนึกความเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) สำนึกต่อส่วนร่วม (Social conscience) และความร่วมมือ (Participation) อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่

### 3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action)

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ควรจะมีส่วนทำให้ชุมชนได้เกิดการปฏิบัติร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพนับตั้งแต่การประเมินสถานการณ์ปัญหาของชุมชนเอง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจวางแผนกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา และดำเนินการตามแผน หัวใจสำคัญของกระบวนการนี้ ได้แก่ การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับชุมชน ทำให้สมาชิกในชุมชนสามารถดำเนินการแก้ไข ควบคุมการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา และดำเนินสู่เป้าประสงค์ของชุมชนเอง โดยใช้ทรัพยากรบุคคล และวัสดุสิ่งของต่าง ๆ ในชุมชนของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง มีกลไกการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งสามารถจัดระบบคลองตัวในการดำเนินงานควบคู่ไปกับการระดมพลังให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมได้มาก และต่อเนืองสิ่งเหล่านี้จะประสบความสำเร็จได้นั้น “ระบบข้อมูลข่าวสาร” ที่ช่วยสร้างโอกาสในการเรียนรู้แก่

ประชาชนในชุมชนต้องเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ และจงใจให้เป็นค่านิยมของ ภาวะความทันสมัยของประชาชน ตลอดจนการมีงบประมาณสนับสนุนอย่างพอเพียง

### 4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

ระบบข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ อันเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการศึกษา เพื่อสุขภาพ (งานสุขศึกษา) และการสร้างทักษะในการดำรงชีวิต (Life Skills) กิจกรรมดังกล่าวอาจ ทำในระดับครอบครัว โรงเรียน โรงงาน โรงพยาบาล สถานประกอบการ ชุมชนทั่วไป เพื่อช่วย ประชาชนทุกกลุ่มได้มีทางเลือกหลาย ๆ ทางในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ควบคู่ไปกับการ ปลูกฝังความรับผิดชอบในการดูแลและควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เกิดผลต่อสุขภาพของบุคคล

### 5. การปรับปรุงบริการสุขภาพ (Reorient Health Service)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบริการขั้นพื้นฐาน ที่บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องประสานงานร่วมกันจัดระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ให้ตอบสนองความต้องการ และปัญหาของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากยิ่งขึ้น บทบาทของแพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักโภชนาการ และอื่น ๆ ในทีมงานสุขภาพควรมุ่งไปสู่การส่งเสริม และป้องกันทางสุขภาพในเชิงรุก นอกเหนือไปจากการให้บริการรักษาพยาบาลในคลินิก อีกทั้งบริการทางสุขภาพที่มีอยู่ ควรจัดให้เหมาะสมสอดคล้อง

กับวัฒนธรรมของกลุ่มประชากรมากยิ่งขึ้น การสื่อสารทางสุขภาพควรเพิ่มช่องทางการสื่อสาร และกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่ใน สังคม ควรจัดบริการแบบเคลื่อนที่เข้าไปให้ถึงเขาเหล่านั้น เช่น กลุ่มผู้พิการ หรือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น บุคคลที่ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ควบคู่ไปกับการวิจัยในระบบสาธารณสุข เพื่อช่วยปรับปรุง การบริหาร จัดการ การบริการทางสุขภาพให้เป็นไปอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าหากบุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนใด มีสุขภาพดี ย่อมนำไปสู่การดำรงชีวิตที่ดีมีความสุข ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพจะต้องเน้นการ พัฒนาแบบองค์รวม คือ จะต้องพัฒนาสุขภาพะของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถกระทำ ได้ ทั้งใน ระดับ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) และ การป้องกันโรค (Prevention/Protection) การตรวจวินิจฉัย (Diagnosis) การบำบัดรักษา (Treatment) และการฟื้นฟู (Rehabilitation) สุขภาพ การพัฒนาสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ประกอบในทุก ๆ ด้านอย่างสอดคล้องกัน โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ พฤติกรรม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค เป็นต้น องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม และเทคโนโลยี ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อีกองค์ประกอบหนึ่ง คือ องค์ประกอบด้านสาธารณสุข ได้แก่ การกระจาย โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขการให้ความสนใจในประเด็นของคุณภาพ และ ประสิทธิภาพในการบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และประชาชนในการพัฒนาสุขภาพตามแนวทางการพัฒนาสุขภาพองค์รวม (Holistic health) (อภิชาติ ไตรแสง, 2539)

## แนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

### 1. แนวคิดและความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ

World Health Organization (1998 อ้างใน ธัญชนก ชุมทอง, 2559) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ว่าเป็นทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาและสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เกิดความเข้าใจและการใช้ข้อมูลข่าวสารที่ตนเองได้รับ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

Mancuso (2008) อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงกระบวนการที่เกิดในช่วงชีวิตอันประกอบด้วยคุณลักษณะของความสามารถในการทำความเข้าใจและการสื่อสาร คุณลักษณะของการรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการบูรณาการและเกิดขึ้นจากการมีทักษะ มีกลยุทธ์และความสามารถที่ฝังตัวอยู่ในกลุ่มความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเพื่อการมีสุขภาพดี



Nutbeam (2008 อ้างใน (พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา, 2560) ได้นิยามว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคม ที่เป็นสิ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันในการที่เข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อทำให้มีสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น รวมทั้งการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง

Hahn et al. (2011) อธิบายว่า หมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคล ในการอ่านและการทำความเข้าใจข้อมูลจากเอกสารสิ่งพิมพ์ที่ตนเองเข้าถึง การระบุและตีความข้อมูลที่นำเสนอในรูปแบบกราฟ ภาพ ตารางและตัวเลข เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาโรคได้อย่างเหมาะสม

Hfocus (2562) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541 อ้างใน อรรวรรณ นามมนตรี, 2561) ได้อธิบายว่า Health literacy คือ ทักษะทางการรับรู้และทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) กล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของประชากรผู้สูงอายุ โดยระบุว่าสังคมไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2564 และผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม และผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญปัญหาด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายตามวัยและต้องพึ่งพิงระบบสาธารณสุขเพื่อการดูแล รักษาและบรรเทาปัญหาทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น กลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งประกอบด้วย ทักษะทางการรับรู้และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้ ซึ่งที่ผ่านมาเน้นการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุของไทยยังมุ่งเน้นความสามารถพื้นฐานมากเกินไป และให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะค่อนข้างน้อย การพัฒนาวิธีการวัดและการประเมินไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร จึงควรสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น ดังนั้น ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงควรมีความหมายว่า “ระดับการอยู่ดีกินดี มีสุขภาพและสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบบริการที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ”

กองสุขศึกษา (2559 อ้างใน พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา, 2560) นิยามว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะความรู้เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (2559) เรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ” (2559) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพ

อัญชนก ขุมทอง (2559) ได้อธิบายถึงการที่ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับการรับรู้หนังสือ (Literacy) เนื่องมาจากการรู้หนังสือนั้นจะส่งผลดีต่อการพัฒนาของประเทศชาตินั้น ๆ รวมไปถึงทำให้คุณภาพของประชากรมีผลิตภาพที่สูงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจให้มีความเจริญเติบโตมากยิ่งขึ้น ซึ่งนอกจากความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจแล้ว ในด้านการดูแลสุขภาพตนเองก็มีความสำคัญ ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการรู้หนังสือ เพราะถ้าไม่เข้าใจเนื้อหาด้านสุขภาพ ข้อมูลทางการแพทย์ ส่งผลให้ปฏิบัติไม่ถูกต้อง จึงเป็นที่มาของคำว่า Health Literacy เป็นการรวมคำ Health และ Literacy เข้าด้วยกัน เนื่องจากในชีวิตประจำวันแล้ว มนุษย์ทุกคนล้วนต้องใช้วิจารณญาณในการเลือกและตัดสินใจเรื่องสุขภาพเป็นประจำ เพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเอง ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงหมายถึง ความสามารถทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและมีสุขภาพดี

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560) อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ความรู้ แรงจูงใจและความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุของตนเอง

อรรวรรณ นามมนตรี (2561) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ว่าเป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน โดนถือเป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดี การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสูง จะสามารถช่วยเพิ่มทักษะชีวิต

และสามารถส่งผลให้สุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน โดยอาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพของคนในสังคมให้มีสุขภาพที่ดีได้

วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน (2562) ได้กล่าวถึง การใช้คำเรียก Health literacy หลายคำ ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้คำนิยาม การตีความและกำหนดขอบเขตพื้นฐานของประสบการณ์และการปฏิบัติงานในแต่ละสาขาวิชาชีพ และได้ให้ความหมายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยสำคัญของบุคคลทุกเพศทุกวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพและเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสารและใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลและการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมถึงการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพจนสามารถนำไปปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

## 2. หลักการความรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก สถาบันทาง วิชาการ และหน่วยงานด้านสุขภาพ พบว่า มีหลักการสำคัญที่กำหนดทิศทาง จุดเน้น และ องค์ประกอบหลัก สำหรับการใช้ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชน กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และทำการสังเคราะห์และเรียบเรียงขึ้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562, 2564) เพื่อให้ง่ายต่อการนำเสนอและการสร้างความเข้าใจของบุคคลทั่วไป และสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับตนเองและภารกิจของตนเอง

องค์ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ มีหลักการสำคัญ 17 หลักการ จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูล (2) หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับจุดเน้น (3) หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการ และ (4) หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับการประเมิน

### หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูล

หลักการที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญของประชาชนทุกกลุ่มวัย ในยุคสังคมข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีดิจิทัล

หลักการที่ 2 ลักษณะของข้อมูลสุขภาพ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกัน เลือกใช้ข้อมูลให้เหมาะสมในการสื่อสาร

### หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับจุดเน้น

หลักการที่ 3 ความรู้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หลักการที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะ

หลักการที่ 5 องค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนา ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ใต้อามา ตัดสินใจ และนำไปใช้

หลักการที่ 6 ความแตกต่างระหว่างความสามารถและทักษะ

### หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการ

หลักการที่ 7 สื่อและระบบข้อมูลสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องมีการออกแบบ

หลักการที่ 8 สร้างสัญลักษณ์เพื่อการทำงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หลักการที่ 9 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องการการพัฒนาทั้ง 3 ระดับคือ ชั้นพื้นฐาน ชั้นปฏิสัมพันธ์ และชั้นวิจารณ์ญาณ

หลักการที่ 10 การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีการออกแบบเชิงกระบวนการ

หลักการที่ 11 การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องเน้นกลวิธีการฝึกฝนทักษะ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย

หลักการที่ 12 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 2 แนวทาง คือ พัฒนาเฉพาะองค์ประกอบ และพัฒนาตามลำดับขั้นทุกองค์ประกอบ

หลักการที่ 13 สื่อที่ผลิตขึ้นหรือนำมาใช้จะต้องมั่นใจในคุณภาพ

หลักการที่ 14 กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นจะต้องพัฒนา ทั้งด้าน ความสามารถ ทักษะของบุคคล และปัจจัยเชิงระบบ (นโยบาย สภาพแวดล้อม) จึงจะ สามารถพัฒนา ให้บุคคลเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กร รอบรู้ด้านสุขภาพได้ ด้บความแตกต่าง เพื่อใช้จัดกลุ่มเป้าหมาย

### หลักการพื้นฐานเกี่ยวกับการประเมิน

หลักการที่ 15 จำแนกกลุ่มเป้าหมายให้รู้ระดับความแตกต่าง เพื่อใช้จาก ในการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หลักการที่ 16 โครงการอบรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และเน้นพัฒนาความสามารถ ทักษะของบุคคล

หลักการที่ 17 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องออกแบบ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย มากกว่าวัดความรู้

### 3. ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Manganello (2000 อ้างใน อังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2561) ที่ได้นำเสนอแนวคิด โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง (Conceptual model of health literacy as a risk) ที่ประกอบด้วยการวัด 3 ระดับได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน วัดจากการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ความเข้าใจ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ วัดจากทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง 3) ระดับวิจารณ์ญาณ วัดจากการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งแมงกาเนลโล ได้เพิ่มระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อจากของนัทบีอีก 1 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสื่อสารมวลชน (Media literacy) เพราะเหตุว่า กลุ่มวัยรุ่นในปัจจุบันมีความถนัดในการใช้สื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีต่างในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและกลุ่มที่ให้บริการทางสุขภาพได้ง่าย และวัยรุ่นเป็นกลุ่มสำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้เพื่อให้ได้ก้าวเป็นผู้ใหญ่ที่ดูแลสุขภาพตนเองต่อไปในอนาคต

Nutbeam (2008 อ้างใน วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญวิทยะสกุล, 2563) ซึ่งแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) มุ่งเน้นที่ทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่จะนำมาใช้ในชีวิตประจำวันและเข้าใจข้อมูลสุขภาพของตนเอง เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านใบยินยอมและการเข้าใจการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ โดยทักษะนี้จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ได้

2. ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) เป็นความสามารถด้านการค้นหา การตัดสินใจเลือกใช้และการวิเคราะห์จำแนกข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการช่องทางการสื่อสารที่มีความหลากหลายของรูปแบบ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้

3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่สูงมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้บุคคลจะสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพที่ได้รับและตัดสินใจใช้ข้อมูลในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

กองสุขศึกษา (2556 อ้างใน พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา, 2560) ได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตาม

คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent form) ฉลากยา (Medical label) เป็นต้น

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/interactive health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมถึงทักษะทางสังคม รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางสังคมและปัญญาที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เปรียบเทียบและควบคุมการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน การรู้เท่าทันทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เน้นการกระทำของแต่ละบุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกันจึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

นอกจากนี้ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ได้กล่าวถึง การสร้างการรู้เท่าทันสื่อให้กับผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของกลยุทธ์การโฆษณาชวนเชื่อของธุรกิจสินค้าต่าง ๆ อยู่เสมอ และมีแนวโน้มจะถูกชักจูงได้ง่าย ดังนั้น จึงควรมีการคุ้มครองประชากรผู้สูงอายุให้สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ด้วยแนวทางการพัฒนากิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุได้รู้วิธีการตรวจสอบเนื้อหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และประชากรผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในด้านศักยภาพการเรียนรู้หรือมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ จึงต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561 อังไฉ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล, 2563) เสนอว่าทักษะสำคัญที่ควรพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรประกอบด้วยทักษะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. การแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย รวมถึงสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับก่อนนำมาใช้ (Access skill) ซึ่งเป็นทักษะที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพตามความต้องการและความเหมาะสมกับตนเองได้

2. การวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล (Cognitive skill) จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นจริงถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติตัวของตนเอง

3. การสื่อสารสองทางโดยเฉพาะกับบุคลากรทางการแพทย์ (Communication skill) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถโต้ตอบ ชักถามเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ตามความต้องการของตนเอง และสามารถทำให้เข้าใจได้อย่างถ่องแท้และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม

4. การจัดการตนเอง (Self-management skill) เป็นทักษะในการคิดและตัดสินใจเพื่อจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับการใช้แหล่งประโยชน์จากครอบครัวหรือสังคม ซึ่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายให้มีสุขภาพดีหรือใช้ชีวิตร่วมกับโรคที่เป็นได้

อังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2561) อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งปัจจัยได้เป็น 3 ระดับคือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและระดับสังคม สำหรับปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้ ประกอบไปด้วยการรู้หนังสือทั่วไป 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษาและร่างกาย เป็นต้น 3) ความเชื่อและเจตคติ 4) พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ 5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล และ 6) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทุกปัจจัยนั้นจะแฝงไปด้วยความแตกต่างระหว่างบุคคลซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน

วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน (2562) ได้ศึกษาและสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. ปัจจัยระดับบุคคล ที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1.1) ความรู้ ได้แก่ ความรู้ทั่วไป เช่น การอ่านตัวเลข ความสามารถในการวิเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ความรู้ด้านอื่น ๆ เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม เป็นต้น 1.2) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรมและภาษา 1.3) ความเชื่อและทัศนคติ 1.4) พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ 1.5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการพูด ทักษะในการต่อรอง ทักษะในการจัดการตนเอง ความสามารถในการประเมินสื่อทางสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ 1.6) รูปแบบการใช้ชีวิต 1.7) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย 1.8) ระดับความเครียด 1.9) ภาวะสุขภาพ 1.10) คุณภาพชีวิต 1.11) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 1.12) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง

2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ 2.1) ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ทักษะทางปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคมและทักษะการพิทักษ์สิทธิของตนเอง 2.2) สิ่งแวดล้อม 2.3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

3. ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ 3.1) การจัดระเบียบชุมชน 3.2) ความเท่าเทียมทางสังคม สุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง 3.3) การพัฒนาความรู้ องค์กร และนโยบาย 3.4) การเข้าถึงและการใช้บริการทางสุขภาพ 3.5) การมีส่วนร่วม 3.6) มาตรการทางสังคมเพื่อสุขภาพ 3.7) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข (มปป.) ได้สรุปองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้คือ

1) Self learning คือกระบวนการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ภายใต้รูปแบบวิถีชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละ

บุคคล 2) Decision making and self adjustment คือความสามารถในการตัดสินใจที่เหมาะสมภายใต้เงื่อนไขชีวิตแต่ละคน 3) Behavior change and self control คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขและบริบทของตนเองและสามารถดำเนินชีวิตด้วยความสมดุล

#### 4. คุณลักษณะพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอูไร (2558) ศึกษาคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ให้พร้อมรับมือและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโลก สมัยใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเรียนรู้วิธีการที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยได้สรุปคุณลักษณะพื้นฐานที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลแบ่งเป็น 6 ประการ ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access)
2. ความรู้และความเข้าใจ (Cognitive)
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)
5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)
6. การจัดการตนเอง (Self-Management)

ซึ่งได้อธิบายเพิ่มเติมว่าคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นนี้จะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา “คนที่ฉลาดในวันนี้ ก็มีใ้จะฉลาดต่อไป” เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลสมัย ดังนั้นการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นหนทางช่วยให้คนทั่วไปทันต่อโลกและในขณะเดียวกันก็ทันโรค ไปในตัวด้วย ซึ่งถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วจะสามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะสิ่งที่ถูกต้องให้กับคนรอบข้าง ครอบครัวและชุมชนได้อีกทางหนึ่งด้วย

ดังสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1. ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) 2. ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และ 3. ระดับวิจรรณญาณ (Critical health literacy) โดยมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลแบ่งเป็น 6 ประการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้และความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (Self-Management)

#### 5. การประเมินระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2561) อ่างใน วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน, (2562) ระบุว่า การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้พยาบาลหรือบุคลากร



ทางการแพทย์สามารถจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น ตลอดจนสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งได้ศึกษาและสรุปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือประเมินระดับบุคคล 2) เครื่องมือประเมินระดับสังคม รายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือประเมินระดับบุคคล

- แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM) ใช้ประเมินการอ่านคำศัพท์หรือคำที่ใช้ในทางการแพทย์พื้นฐานที่คาดว่าผู้ป่วยควรจดจำได้ ซึ่งสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อสามารถให้คำแนะนำและเลือกใช้สื่อให้เหมาะสมกับระดับการอ่านที่ประเมินได้ ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ จำนวน 125 คำ ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงคำทั้งหมดทีละคำ ใช้เวลาทดสอบ 3-5 นาที เกณฑ์การแบ่งกลุ่มแบ่งตามความสามารถในการอ่านหรือกลุ่มอายุของผู้ถูกประเมิน (Davis et al., 1991)

- แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: S-REALM) มีการใช้จำนวนคำลดลงเหลือเพียง 66 คำ โดยใช้เวลาในการทดสอบ 1-2 นาที สามารถจำแนกระดับการประเมินออกเป็น 3 ระดับ คือ การอ่านออกเขียนได้ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับเหมาะสม (Davis et al., 1993)

- แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) แบบทดสอบนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับ REALM โดยใช้คำศัพท์ทางการแพทย์จำนวน 42 คำ เวลาทดสอบประมาณ 3-5 นาที แบบทดสอบนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุที่ผู้ป่วยแต่ละคนไม่สามารถอ่านข้อมูลพื้นฐานทางการแพทย์ได้ เช่น คำศัพท์แพทย์ที่ควรรู้ ข้อความในใบสั่งยาและแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัว เป็นต้น ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากตัวอักษรที่มีขนาดเล็ก พิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้ผู้ป่วยอ่านได้ยาก หรืออาจเกิดจากหมึกพิมพ์เลอะหรือจางได้ง่าย เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาข้อความหรือคำที่ไม่ชัดเจน (Hanson-Divers, 1997)

- แบบคัดกรองผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (The Newest Vital Sign: NVS) เป็นแบบคัดกรองที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำ โดยให้แปลความหมายฉลากโภชนาการและบอกการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภค เวลาทดสอบประมาณ 2-3 นาที จำแนกระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ระดับที่จำกัดและระดับที่เพียงพอ (Weiss et al., 2005)

- แบบทดสอบความเข้าใจข้อมูลและการนับจำนวนระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) โดยแบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การทดสอบ

การอ่านจากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น สิทธิของผู้ป่วย หน้าที่รับผิดชอบ และ 2) การทดสอบด้านตัวเลข เช่น รายละเอียดตลาดยา ระดับน้ำตาล เป็นต้น รวมเวลาทดสอบประมาณ 22 นาที จำแนกระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับเหมาะสม (Baker et al., 1999)

- แบบทดสอบความเข้าใจข้อมูลและการนับจำนวนระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHLA) แบบทดสอบนี้ใช้ในการประเมินด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้นเพื่อลดเวลาให้สั้นลง โดยใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที จำแนกระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับเหมาะสม (Baker et al., 1999)

## 2. เครื่องมือประเมินระดับสังคม

- เครื่องมือประเมินระดับชาติเรื่องความรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) ใช้ในการประเมินความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรและข้อมูล ซึ่งพบได้ทั่วไปในกิจกรรมประจำวัน 3 ลักษณะ คือ ข้อความ เอกสารและจำนวนตัวเลข ครอบคลุม 6 บริบท ได้แก่ การทำงาน สุขภาพและความปลอดภัย ชุมชนและความเป็นพลเมือง บ้านและครอบครัว การบริโภคสินค้าและการใช้เวลาว่างและนันทนาการ กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ ผู้พักอาศัยในครัวเรือน ที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 99 และผู้ถูกกักกัน ที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 1 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ 4 ขั้นตอน เครื่องมือประเมินได้แก่ แบบสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ (laptop computers) คำถามมีจำนวน 152 ข้อ ใช้เวลา 60 นาที จำแนกระดับออกเป็น ชั้นต่ำกว่าพื้นฐาน ชั้นพื้นฐาน ชั้นกลางและชั้นสูง (U.S. Health People, 2010)

- เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey: HLS-EU) ใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบบประเมิน HLS-EU-Q 47 จำแนกเป็น 3 มิติ คือ ด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมจำนวน 47 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที จำแนกระดับออกเป็น ระดับไม่เพียงพอ มีปัญหา พอเพียงและดีเยี่ยม (Sørensen et al., 2012)

- เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียน 8 ประเทศ ได้แก่ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ปากีสถาน ไต้หวัน และเวียดนาม โดยใช้องค์ประกอบในการประเมินและเครื่องมือ HLS-EU-Q 47 ของกลุ่มประเทศยุโรป โดยนำมาแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ เนื้อหามีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ เพื่อให้มีความ

สอดคล้องเชิงวัฒนธรรม ทำการทดสอบการอ่านและความเข้าใจโดยนักวิจัยในแต่ละประเทศแปลเป็น 7 ภาษา ได้แก่ อินโดนีเซีย คาซัค รัสเซีย มาเลย์ เมียนมาร์ แมนดารินและเวียดนาม แบบประเมิน จำนวน 47 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที จำแนกระดับออกเป็น ระดับไม่เพียงพอ มีปัญหา พอเพียงและ ดีเยี่ยม (Duong et al., 2017)

## 6. แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2561 อ้างใน วรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรื่องจตุโพธิ์พาน, 2562) ได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน เช่น การทำให้หนังสือคุณภาพดีในราคาที่ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงได้ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทางและแหล่งฝึกฝนการอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชนส่วนรวม

2. การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เนื่องจากโลกทุกวันนี้ มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมากในทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้ประชาชนทุกกลุ่มทุกวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่มีความถูกต้อง มีความทันสมัย ได้ง่ายและสะดวกมากยิ่งขึ้น

3. พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้และบริการด้านสุขภาพ โดยการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาลเอกชน สื่อมวลชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคประชาชน เพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้องและเป็นภัย หรืออาจกล่าวว่าเป็นการบูรณาการแบบองค์รวม

4. การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดียและสื่อสาธารณะ การออกแบบสื่อเพื่อผลิตและเผยแพร่ควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ขนาดตัวอักษร สี การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพหรือภาพถ่าย ใช้ข้อความสั้น ภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ระบุชื่อหน่วยงานและขอบเขตพื้นที่เผยแพร่ให้ชัดเจน เป็นต้น ทั้งนี้เป็นการแสดงให้เห็นว่าต้องทำอย่างไรก็ได้ที่ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงสื่อได้ง่ายและชัดเจนถูกต้องมากที่สุด

5. เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลังการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมทั้งการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

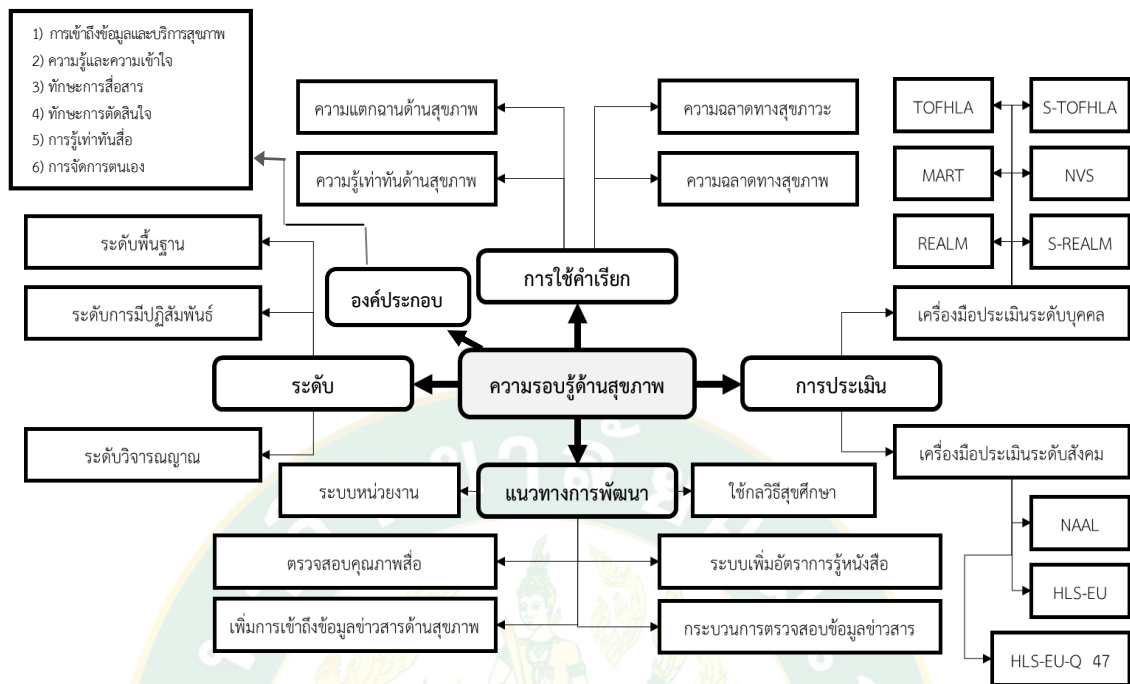
6. การพัฒนาระบบ หน่วยงาน องค์กร ชุมชนและสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ ป้ายแนะนำตามจุดต่าง ๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลาย การจัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดเครื่องแบบหรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการใด เป็นต้น

7. การใช้กลวิธีสุขศึกษา เป็นการจัดโอกาสในการสร้างการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครูสุขศึกษาและครูอนามัยโรงเรียน เป็นต้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การพูดให้ฟัง การสื่อสารสองทาง หลีกเลียงคำศัพท์เฉพาะ เป็นต้น

การจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีได้นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) สุขศึกษา (health education) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) จึงมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างมีความหมาย World Health Organization (WHO) (2013) ซึ่งอธิบายว่า “กระบวนการสุขศึกษา” ที่ดำเนินการร่วมกับ “กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ” จะนำไปสู่การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นขั้นที่บุคคลมีทั้งความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง มีความสามารถในการปฏิบัติตัว มีการรับรู้ความสารถของตนเอง รวมทั้งเกิดพลังอำนาจของชุมชน ผลักดันจนนำไปสู่ผลลัพธ์เป้าหมายร่วมกันในขั้นต้นคือ พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเพราะทุกคนมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

ดังนั้นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องมีการประยุกต์กระบวนการที่หลากหลายทางสุขศึกษา โดยผ่านกระบวนการการเรียนรู้ (Learning Process)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้สรุปเป็นแผนผังความคิดซึ่งประกอบด้วย การคำเรียกความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การประเมินและการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงองค์ประกอบและการจำแนกระดับ แนวทางการพัฒนา การประเมิน และการใช้คำเรียกเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ  
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการศึกษานอกระบบ

### 1. ความหมายและแนวคิดของการศึกษาตลอดชีวิต

Cropley, Dave (1978 อ้างใน อรอำไพ บุรานนท์, 2554) ได้กล่าวถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต หรือการศึกษาตลอดชีวิตว่า เป็นการศึกษาที่มีการผสมผสานกัน 2 มิติ คือ 1) มิติแนวตั้ง หมายถึง บุคคลควรได้รับการศึกษาทุกช่วงเวลาตลอดชีวิตของบุคคลนั้น โดยการศึกษาในโรงเรียนเป็นเพียงช่วงหนึ่งของชีวิตและไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมความต้องการของชีวิตทั้งหมดของบุคคลนั้น ๆ ได้ เพราะบุคคลมีช่วงชีวิตที่ยาวนานที่สุด คือ หลังจากจบจากโรงเรียนไปแล้ว และ 2) มิติแนวนอน หมายถึง การศึกษากับชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกัน การศึกษาหรือการเรียนรู้จึงควรประสานกันทุกภาคส่วน ตั้งแต่การศึกษาในระบบ นอกระบบและตามอัธยาศัย แหล่งการเรียนรู้ควรมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่สัมพันธ์กับชุมชนและสิ่งที่เรียนรู้ควรสัมพันธ์กับชีวิตจริงของผู้เรียน

Peterson (1979 อ้างใน ประกายดาว แก้วชัยเถร, 2561) กล่าวว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวของคุณตลอดช่วงชีวิตของผู้นั้น อันเป็นผลมาจากกระบวนการ

พัฒนาสติปัญญา สังคมและบุคคล การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นการศึกษาสำหรับทุกช่วงของชีวิต ตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงการเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษาไปจนถึงผู้สูงอายุและเกิดขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย

Haggstrom (2004 อ้างใน ปรภายดาว แก้วชัยเถร, 2561) อธิบายความหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิตไว้ว่า เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ทุกอย่างที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถ ประกอบด้วยรูปแบบของการศึกษาและการฝึกอบรมที่หลากหลาย ทั้งที่เป็นการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

สุนทร สุนันท์ชัย (2544 อ้างใน อรอำไพ บุรานนท์, 2554) อธิบายความหมายของการเรียนรู้ว่าหมายถึงการรับความรู้ ทักษะและเจตคติ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ โดยมีการจัดและไม่มีการจัด มีการวางแผนและไม่มีการวางแผน จากการศึกษาที่บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิต และถือว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นการรับความรู้ ทักษะและเจตคติเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย

สุมาลี สังข์ศรี (2544) อธิบายว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นการศึกษาในภาพรวมทั้งหมด ซึ่งจะครอบคลุมทั้งการศึกษาในระบบการศึกษา นอกระบบการศึกษาและการศึกษาตามอัธยาศัยซึ่งเป็นการศึกษาที่จัดให้แก่บุคคลทุกช่วงอายุตั้งแต่เกิดจนตาย โดยในแต่ละช่วงชีวิตบุคคลอาจได้รับการศึกษารูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือหลายรูปแบบผสมผสานกัน เป็นการศึกษาที่สัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อมและศาสนา เพื่อมุ่งพัฒนาบุคคลอย่างเต็มศักยภาพ ให้มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์อย่างเพียงพอต่อการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมในทุกช่วงชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545) ได้ให้ความหมายของการศึกษาตลอดชีวิต ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 4 กำหนดความหมายของการศึกษาตลอดชีวิตว่าเป็นการศึกษาที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องจากชีวิต และยังกำหนดความหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิตว่าหมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล อันเป็นผลมาจากการได้รับความรู้ ทักษะหรือประสบการณ์จากการศึกษา หรือจากกิจกรรมในวิถีชีวิตที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนตาย

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (2552) ได้สรุปความหมายของการศึกษาตลอดชีวิต ว่าเป็นกระบวนการศึกษาที่มีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคล

ในรูปแบบของการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย เพื่อมุ่งพัฒนาบุคคลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาต่อเนื่องไปให้เต็มศักยภาพ โดยบุคคลจะต้องมีแรงจูงใจที่จะศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2554) อธิบายว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นรูปแบบการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตนับตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนามนุษย์ได้อย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงวัย และให้สามารถปรับตัวได้ทันกับกระแสโลกาภิวัตน์

ยุทธการ สืบแก้ว (2555) ได้อธิบายสรุปความหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) ว่าหมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางความคิด จิตใจและทักษะทางร่างกาย ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นในทุกช่วงของชีวิต Lifelong Learning โดยแยกออกเป็น 3 คำ คือ “life” หรือ “ชีวิต” ซึ่งมองในแง่ของพัฒนาการมนุษย์ ชีวิตมีการเจริญเติบโต มีความเปลี่ยนแปลงและต้องเกี่ยวพันกับปัจจัยต่าง ๆ มากมายทั้งในเรื่องของความเป็นอยู่ สังคม สิ่งแวดล้อม ศาสนาและการเมือง ส่วนคำว่า “Lifelong” หรือ “ช่วงชีวิต” มองในแง่ช่วงเวลาของชีวิตว่า คนเราเกิดมาต้องผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตาย และคำว่า “Learning” หรือ “การเรียนรู้” คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

สุบิน ไชยยะ (2557) กล่าวว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษาตลอดชีวิต เป็นคำที่มีความหมายที่แตกต่างกัน โดยคำว่า “การเรียนรู้” (Learning) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากประสบการณ์ ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นอาจเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ ส่วนคำว่า “การศึกษา” (Education) จะหมายถึงเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เป็นไปในทางที่ดีและสังคมให้การยอมรับเท่านั้น

ประกายดาว แก้วชัยเถร (2561) การศึกษาตลอดชีวิต หมายถึง การศึกษาที่เกิดขึ้นกับบุคคลในทุกช่วงวัยของชีวิตตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผสมผสานระหว่างการศึกษา 3 ระบบคือ การศึกษาในระบบการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และมุ่งพัฒนาให้มนุษย์สามารถปรับตัวเข้ากับเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน และพัฒนาต่อเนื่องไปให้เต็มศักยภาพของบุคคลแต่ละคน เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ด้วยตนเองจากแหล่งการเรียนรู้ต่าง ๆ เพื่อช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

## 2. ความหมายและแนวคิดของการศึกษานอกระบบ

กรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน (2538) ได้อธิบายเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการศึกษาตลอดชีวิตกับการศึกษานอกระบบ ว่าเป็นการศึกษาที่มุ่งจัดให้กลุ่มเป้าหมายได้พัฒนาชีวิตและสังคม โดยมีหลักการจัดการศึกษาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จึงเป็นการเปิด

โอกาสให้ผู้ที่ย้ายโอกาสพลาดหรือขาดโอกาสทางการศึกษาในระบบโรงเรียน ได้มีโอกาสศึกษาหาความรู้ ฝึกทักษะ ปลูกฝังเจตคติที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และการประกอบสัมมาชีพ อีกทั้งสามารถปรับตัวให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของวิทยาการต่าง ๆ ที่เจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วได้อย่างมีความสุขตามควรแก่อัตภาพ

อาชัญญา รัตนอุบล (2542 อ้างใน มีเดียไทยแลนด์, 2555) ได้อธิบาย การศึกษานอกระบบโรงเรียน ว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดการศึกษาซึ่งเปิดโอกาสให้กับผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาระบบโรงเรียนตามปกติ ได้มีโอกาสศึกษาหาความรู้ พัฒนานตนเองให้สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นการจัดการศึกษาในลักษณะอ่อนตัวให้ผู้เรียนมีความสะดวกเลือกเรียนได้หลายวิธี จึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้เรียนและสังคมเป็นอย่างยิ่ง การศึกษานอกระบบโรงเรียนมีความหมายครอบคลุมถึงมวลประสบการณ์การเรียนรู้ทุกชนิดที่บุคคลได้รับจากการเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติการเรียนรู้จากสังคม และการเรียนรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมการศึกษาที่จัดขึ้น นอกเหนือไปจากการศึกษาในโรงเรียนตามปกติ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีได้อยู่ในระบบโรงเรียนปกติ ได้มีโอกาสแสวงหาความรู้ ทักษะ ทศนคติ เพื่อมุ่งแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกฝนอาชีพ หรือการพัฒนาความรู้เฉพาะเรื่องตามที่ตนสนใจ

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545) ได้ให้ความหมายของการศึกษานอกระบบ ไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 15 ว่าการศึกษานอกระบบ หมายถึง การศึกษาซึ่งจัดขึ้นนอกระบบปกติที่จัดให้กับประชาชนทุกเพศทุกวัย ไม่มีการจำกัดพื้นฐาน การศึกษาอาชีพประสบการณ์หรือความสนใจ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้เรียนได้รับความรู้ในด้าน พื้นฐานแก่การดำรงชีวิต ความรู้ทางด้านทักษะ การประกอบอาชีพและความรู้ด้านอื่น ๆ เพื่อเป็น พื้นฐานในการดำรงชีวิต การจัดการศึกษามีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษาระยะเวลาของการศึกษา การวัดผลและประเมินผล ซึ่งเงื่อนไข การสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตร จะต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน

กระทรวงศึกษาธิการได้อธิบายความหมายของการศึกษานอกระบบ ไว้ในพระราชบัญญัติ ส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย พ.ศ. 2551 (2551) มาตรา 4 โดยให้คำจำกัด ความของการศึกษานอกระบบไว้ว่า “การศึกษานอกระบบ” หมายความว่า กิจกรรมการศึกษาที่มี กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการและวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ที่ชัดเจน มีรูปแบบ หลักสูตร วิธีการจัดและ ระยะเวลายาวหรือฝึกอบรมที่ยืดหยุ่นและหลากหลาย ตามสภาพความต้องการและศักยภาพในการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายนั้น และมีวิธีการวัดผลและประเมินผลการเรียนรู้ที่มีมาตรฐาน เพื่อรับ คุณวุฒิทางการศึกษาหรือเพื่อจัดระดับผลการเรียนรู้



มีเดียไทยแลนด์ (2555) อธิบายความหมายของการศึกษานอกระบบ ว่าหมายถึง กระบวนการทางการศึกษาที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มหรือพัฒนาศักยภาพให้แก่ประชาชน ทั้งในด้านความรู้ ความชำนาญ หรืองานอดิเรกต่าง ๆ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาอาจได้รับ หรือไม่ได้รับเกียรติบัตรก็ได้ ซึ่ง เกียรติบัตรนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการเปรียบเทียบเงินเดือน หรือศึกษาต่อ ยกเว้นการศึกษาสายสามัญของ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ที่มีการมอบวุฒิบัตรที่สามารถ เปรียบเทียบเงินเดือนหรือศึกษาต่อในระดับสูงขึ้นได้

### 3. ความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2543) ได้ระบุวาทโยบาย การจัดการศึกษาของไทยเน้นให้การจัดการศึกษายึดหลักการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ซึ่งระบุไว้ใน มาตรา 8 ว่า “การจัดการศึกษาให้ยึดหลัก ดังนี้ (1) เป็นการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับปวงชน.....”

ไว้ดังนี้

1. บุคคลมีสิทธิและความเสมอภาคในการได้รับการศึกษา
2. การจัดการศึกษาจะต้องเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นการศึกษาตลอดชีวิต สำหรับประชาชน โดยให้สังคมมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา
3. การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนา ตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ
4. การจัดการศึกษามี 3 รูปแบบ คือ การศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและ การศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งทั้ง 3 รูปแบบ คือ องค์ประกอบของการศึกษาตลอดชีวิต
5. กระบวนการเรียนรู้ จัดเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยให้ผู้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ปฏิบัติได้ คิดเป็น รักการอ่านและ เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จัดการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ โดยร่วมมือกับบุคคลในชุมชน ทุกฝ่าย
6. รัฐต้องส่งเสริมการดำเนินงานการจัดตั้งแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตทุกรูปแบบ ได้แก่ ห้องสมุดประชาชน พิพิธภัณฑ์ หอศิลป์ สวนสัตว์ สวนสาธารณะ

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2543 อ่างใน อรอำไพ บุรานนท์, 2554) ได้สรุปความสำคัญ ของการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมประชาชนและสังคมให้มีศักยภาพและมีความพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่ สังคมในยุคสมัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความจำเป็นที่ประชาชนไทยทุกคน ทุกกลุ่มอายุจะต้องได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารอยู่ เสมอ เพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้เท่าทัน สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตของตนเองในสังคมได้อย่าง

เหมาะสมท่ามกลางสภาพความเปลี่ยนแปลงของโลกทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีซึ่งเปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ

2. ความจำเป็นที่ประชาชนที่ประกอบอาชีพการงานจะต้องพัฒนาความรู้และทักษะการทำงานของตนเองอยู่เสมอ เพื่อที่จะสามารถพัฒนาอาชีพและปรับเปลี่ยนการประกอบอาชีพได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดคะเนได้ในอนาคต

3. ความจำเป็นที่ประชาชนจะต้องได้รับความรู้อยู่เสมอ เพื่อให้รู้เท่าทันกับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อที่จะสามารถวิเคราะห์และเผชิญปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถอยู่ในสังคมที่มีการแข่งขันอย่างสูงได้ และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในทุกสถานการณ์

4. ความจำเป็นที่ประชาชนจะต้องมีโอกาสได้รับการศึกษาอย่างเท่าเทียม และเสมอภาค รวมทั้งโอกาสในการได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารอยู่เสมอ เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนและสังคมตามระบอบประชาธิปไตย

5. ความจำเป็นที่ประชาชนจะต้องเรียนรู้ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีโดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดต่อสื่อสารด้วยระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย

6. ความจำเป็นที่ประชาชนวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ของประเทศจะต้องได้รับการศึกษา เพื่อให้สามารถพัฒนาอาชีพหรือประกอบอาชีพเพื่อมีรายได้ ตลอดจนปรับปรุงความเป็นอยู่และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงชีวิต

7. ความจำเป็นที่ประชาชนโดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งยังมีอยู่เป็นจำนวนมากในสังคมไทยจะต้องได้รับการศึกษาในรูปแบบอื่น ๆ นอกเหนือจากรูปแบบในระบบโรงเรียน เพื่อที่จะสามารถมีอาชีพที่เหมาะสมมีรายได้ที่พอเพียง และคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างยั่งยืน

8. ความจำเป็นที่ประชาชนจะต้องได้รับบริการการศึกษาที่หลากหลาย ยืดหยุ่น เหมาะกับสภาพของผู้ที่ทำงานและผู้ที่มีภาระต่าง ๆ เพื่อให้สามารถรับบริการได้ทุก เวลา ทุกสถานที่ เมื่อต้องการและมีความพร้อมในทุกช่วงอายุ

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี (2543) ได้อธิบายถึงความสำคัญของวิสัยทัศน์ของการเรียนรู้ตลอดชีวิต คือ การมองว่าการเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่เป็นปกติวิสัยในชีวิตประจำวันที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความเพลิดเพลินและเป็นสิ่งที่ดำเนินต่อเนื่องตลอดอายุขัย วัฒนธรรมการเรียนรู้จะช่วยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้คนสามารถใช้ประโยชน์จากสารสนเทศ ทักษะและความรู้เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเอง ของผู้ที่ตนรักของพลเมืองร่วมชาติ และของผู้คนในชาติอื่น ๆ ด้วย การเรียนรู้ตลอดชีวิตสามารถเปลี่ยนวิถีชีวิต

ของผู้คนได้หรือแม้กระทั่งปรับเปลี่ยนปฏิรูปก็ได้ด้วยเช่นกัน คำมั่นสัญญาเช่นนี้ จำต้องได้รับการระบุไว้ในวิสัยทัศน์ของรัฐว่าด้วย เรื่องวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของปวงชน

สุนทร สุนันท์ชัย (2544 อ่างใน ประกายดาว แก้วชัยเถร, 2561) ได้อธิบายความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้การศึกษาตลอดชีวิตมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแต่ละสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดรูปแบบการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย ซึ่งการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลในการทำงานให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ

2. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้บุคคลรู้จักการเลือกสรรสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับตนเอง เพื่อให้สามารถรองรับบทบาทชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ที่อาจส่งผลให้บุคคลสามารถเลือกและผสมผสานสิ่งที่มีอยู่กับสิ่งใหม่ที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคตให้เป็นอย่างดีกลมกลืนซึ่งกันและกัน

3. การเรียนรู้ตลอดชีวิตเน้นการจัดการเรียนรู้ให้แต่ละบุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งการเรียนรู้ต่าง ๆ อย่างทั่วถึงและเป็นไปตามความต้องการ ความสะดวกของตนเอง ส่งผลให้สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศรูปแบบต่าง ๆ ที่ถูกพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว

4. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองและการปกครอง ทำให้ประชาชนมีสิทธิ เสรีภาพ และมีส่วนร่วมในกระบวนการปกครองมากขึ้น รวมถึงมีสิทธิที่จะได้รับการศึกษาอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตจะมีบทบาทสนับสนุนการสร้าง ความเท่าเทียมกันในสังคม โดยเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันได้อย่างมีอิสระ

5. การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นเครื่องมือที่จะช่วยสร้างสังคมธรรมดาให้ก้าวสู่การเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ซึ่งเป็นสังคมที่สนใจต่อกิจกรรมของความเป็นมนุษย์ ทั้งด้านการทำความเข้าใจและสร้างอารยธรรมที่ดั่งามตลอดจนสามารถสร้างมนุษย์ให้มีทักษะของการเรียนรู้ตลอดชีวิตและดำรงชีวิตอย่างผาสุกบนพื้นฐานเหตุผลและมีจิตที่เป็นประชาธิปไตย

6. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้การเรียนรู้เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมายในทุกช่วงอายุโดยไม่เจาะจงเพียงเฉพาะกลุ่มที่ศึกษาอยู่ในระบบเท่านั้น หากเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกกลุ่มอายุรวมถึงผู้สูงอายุ วัยแรงงาน สามารถมุ่งกลับเข้าสู่ถนนของการเรียนรู้ได้

7. ข้อจำกัดของการศึกษาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้การเรียนรู้ตลอดชีวิตต้องก้าวเข้ามา มีบทบาทมากขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีหลักสูตรการสอนไม่ตรงกับความต้องการทั้งนี้การเรียนรู้ตลอดชีวิตจะสามารถพัฒนาการเรียนรู้ให้มีความสมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (2552) ได้กล่าวถึงเป้าหมายและแนวคิดสำคัญของการศึกษาตลอดชีวิตไว้ ดังนี้

1. เพื่อให้บุคคลพัฒนาเต็มเต็มตามขีดความสามารถของตนเองและเป็นสมาชิกที่ดีในสังคมที่ตนอาศัยอยู่
2. เป็นการศึกษาทั้งชีวิตอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย
3. บุคคลมีอิสรภาพที่จะเลือกเรียนรู้จากการศึกษารูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง
4. มุ่งพัฒนาให้บุคคลได้พัฒนาตนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกเพื่อการทำงานและการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสันติสุข
5. การศึกษาที่จัดให้แก่ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ
6. การศึกษาที่บริการให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกคนในแต่ละช่วงวัย ตลอดชีวิต
7. การจัดกิจกรรมการศึกษาที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับชีวิตจริง
8. การจัดกิจกรรมการศึกษาที่กลุ่มเป้าหมายสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ได้ในการดำเนินชีวิตและการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง

สุภาพร เพียรดี (2554) อธิบายเกี่ยวกับความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ว่าเป็นไปเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทางสังคมและเศรษฐกิจโดยก่อให้เกิดประโยชน์ส่วนบุคคล ผู้ประกอบการและเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว สำหรับบุคคลแล้วการเรียนรู้ตลอดชีวิตมุ่งเน้นที่การสร้างสรรค การริเริ่มและความรับผิดชอบ ซึ่งส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อตนเอง งานที่ดีขึ้น รายได้ที่เพิ่มขึ้น นวัตกรรมใหม่ ๆ และเพิ่มความสามารถในการผลิตมากขึ้นด้วย ทักษะและศักยภาพของแรงงาน เป็นปัจจัยหลักในผลงานและความสำเร็จของสถานประกอบการ สำหรับด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ที่สนับสนุนกันระหว่างการได้รับการศึกษาและการเติบโตทางเศรษฐกิจ

ประเสริฐ บุญเรือง (2555) อธิบายว่า การจัดการศึกษาตลอดชีวิตมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อสังคมไทยด้วยเหตุผล ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการของบุคคล บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ทุกช่วงชีวิตตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการทุกช่วงชีวิตตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคล มนุษย์ทุกคนจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมทุกช่วงอายุ การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติตนตามบทบาทในแต่ละช่วงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและสมบูรณ์ เช่นวัยเด็กจะมีบทบาทในการศึกษาเล่าเรียนเมื่อวัยผู้ใหญ่จะมีบทบาทในการประกอบอาชีพการงาน การมีครอบครัว เป็นสามี ภรรยา เป็นพ่อแม่ เป็นสมาชิก

ที่ดีของสังคม เมื่อวัยสูงอายุจะมีบทบาทเป็นปู่ย่า ตายาย เป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุตรหลาน การศึกษาจะช่วยให้บุคคลดำเนินตามบทบาทในแต่ละบทบาทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ความเปลี่ยนแปลงของสังคมในสภาวะปัจจุบัน ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ปัญหาสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น สังคมชนบทมีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมเมืองมากขึ้น สภาพความเป็นอยู่ สภาพการดำเนินชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากการพึ่งพาอาศัยเอื้อเพื่อช่วยเหลือกันมาเป็นลักษณะต่างคนต่างอยู่ เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนมากกว่าประโยชน์ส่วนรวม มีการอพยพย้ายถิ่นจากเมืองเล็กมาสู่เมืองใหญ่มากขึ้น ขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมถูกรอบงำด้วยวัฒนธรรมใหม่ ซึ่งเผยแพร่จากสังคมอื่นมาสู่วิถีชีวิตโดยผ่านช่องทางต่าง ๆ ความเชื่อและค่านิยมในสังคมเปลี่ยนแปลงไป พ่อแม่ไม่มีเวลาให้กับลูก ครอบครัวแตกแยก เด็กกลายเป็นเด็กมีปัญหา ปัญหาในสังคมมีความซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น เช่น ปัญหาความเป็นอยู่ ปัญหาชุมชนแออัด ความยากจน การด้อยโอกาสทางการศึกษา อาชญากรรม ยาเสพติด ครอบครัวแตกแยก เด็กเร่ร่อน และปัญหาสุขภาพ

4. ความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สภาพเศรษฐกิจของโลกและประเทศเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของประชาชน เพราะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักในการดำเนินชีวิต เช่น ด้านอุตสาหกรรมมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการผลิตเพื่อเพิ่มผลผลิต ดังนั้น จึงมีความต้องการบุคลากรที่มีความรู้ทักษะที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

5. ความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยี ความรู้วิทยาการและเทคโนโลยีมีพัฒนาการที่ก้าวหน้าและรวดเร็วมาก มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาวิชาต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างมาก

6. การแพร่กระจายและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของข้อมูลข่าวสาร ปัจจุบันมีแหล่งที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารมากมาย และข้อมูลข่าวสารนี้สามารถเผยแพร่ด้วยสื่อประเภทต่าง ๆ ไปยังประชาชนอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะInternet นับวันจะมีบทบาทมากขึ้น นอกจากนั้นความรู้ข่าวสารยังมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผลจากการศึกษา ค้นคว้า วิจัย มีการเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างมากมาย

7. ความเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศ ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราเจริญพันธุ์ และการเพิ่มขึ้นของอายุคือประชากรมีอายุยืนยาวของชีวิต อันเนื่องมาจากความเจริญทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยีต่าง ๆ จึงต้องมีการเตรียมการรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาตลอดชีวิตจึงมีบทบาทสำคัญในพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

8. ความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เนื่องจากประเทศไทยปกครองในระบอบประชาธิปไตย โดยให้ประชาชนมีสิทธิ เสรีภาพ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการปกครองประเทศ มีสิทธิเสรีภาพในการศึกษาหาความรู้ รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และพัฒนาประเทศชาติ ดังนั้น จึงมีนโยบายในการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึง มีสิทธิได้รับการศึกษาอย่างเสมอภาค การศึกษาจึงถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

9. การจัดการศึกษาในปัจจุบันยังไม่เอื้อให้บุคคลได้รับการศึกษาตลอดชีวิต การจัดการศึกษาเน้นการศึกษาในระบบโรงเรียน ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงชีวิตตอนต้นเท่านั้น ในขณะที่การจัดการศึกษาสำหรับช่วงวัยอื่น ๆ ก็มีความสำคัญเช่นกัน คือการจัดการศึกษาต่อเนื่องให้กับบุคคลหลังวัยเรียน จัดการศึกษาให้แก่ผู้พลาดโอกาสในวัยเรียนและผู้ที่ยังอยู่ในระบบโรงเรียนมาแล้ว และการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการศึกษาอีกรูปแบบหนึ่งที่จะส่งเสริมโอกาสทางการศึกษาแก่ประชาชน แต่ยังไม่มากนักเมื่อเทียบกับการศึกษาในระบบโรงเรียน และจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

10. ความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสทางการศึกษา แม้จะมีการพัฒนาการศึกษาในระบบเป็นอย่างมาก แต่ยังคงพบว่าประชาชนที่อยู่ในชนบทห่างไกล มีฐานะยากจนได้รับการศึกษาเพียงการศึกษาภาคบังคับ ต้องออกมาช่วยครอบครัวประกอบอาชีพ หรือต้องอพยพตามครอบครัวไปหาอาชีพตามที่ต่าง ๆ ความไม่เท่าเทียมกันโอกาสทางการศึกษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในสังคม คือ คนที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีงานทำที่ดีกว่ามีรายได้สูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคมที่ดีกว่าและสภาพการณ์จะเป็นเช่นนี้ตลอดไป ถ้าประชาชนที่ยากจนที่อยู่ในชนบทจะไม่มีโอกาสของชีวิตในการยกฐานะของตนเองได้เลยตราบใดที่สภาพการจัดการศึกษายังไม่ส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต

#### 4. แหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2545) อธิบายเกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 มาตรา 25 โดยได้กำหนดลักษณะของแหล่งการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยประกอบด้วยห้องสมุดประชาชน พิพิธภัณฑ์ หอศิลป์ สวนสัตว์ สวนสาธารณะ สวนพฤกษศาสตร์ อุทยานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ศูนย์กีฬาและนันทนาการ แหล่งข้อมูล และแหล่งการเรียนรู้อื่น ๆ ซึ่งอาจจำแนกประเภทแหล่งการเรียนรู้ไว้กว้าง ๆ 2 ประเภท คือ

1. แหล่งการเรียนรู้ที่จัดกระทำไว้เพื่อวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ เช่น ห้องสมุด ประชาชน พิพิธภัณฑ์ สวนพฤกษศาสตร์ อุทยานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น

2. แหล่งการเรียนรู้ที่จัดกระทำไว้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นเป็นหลัก โดยมีหรือไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อการเรียนรู้ เช่น หอศิลป์ ศูนย์กีฬาและนันทนาการ สวนสัตว์ สวนสาธารณะ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังอธิบายถึงองค์ประกอบของแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ควรพิจารณา คือ

1. ตัวแหล่งการเรียนรู้ซึ่งเน้นไปที่สถานที่ที่จัดเป็นแหล่งการเรียนรู้
2. กิจกรรมที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการจัดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับกลุ่ม คนกับสื่อ กลุ่มกับกลุ่ม กลุ่มกับสื่อ คนกับเหตุการณ์ กลุ่มกับเหตุการณ์

ปิยธิดา คงพากเพียร (2558) อธิบายเกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต ว่าเป็นแหล่งที่บุคคลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามความต้องการ ตามความสนใจ ตามความถนัด ตามความสามารถ และตามศักยภาพของบุคคล โดยสามารถจำแนกประเภทแหล่งการเรียนรู้ได้ 2 ประเภท คือ

1. แหล่งการเรียนรู้ที่จัดไว้เพื่อวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้นั้น ๆ เช่น ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ สวนพฤกษศาสตร์ เป็นต้น

2. แหล่งการเรียนรู้ที่จัดไว้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นเป็นหลัก โดยอาจจะมีหรือไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อการเรียนรู้ เช่น นันทนาการ สวนสัตว์ สวนสาธารณะ เป็นต้น

และยังอธิบายว่าแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ตัวแหล่งการเรียนรู้ซึ่งจะเน้นไปที่สถานที่ที่จัดเป็นแหล่งการเรียนรู้
2. กิจกรรมที่จะให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับสื่อ คนกับเหตุการณ์

3. นักการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งเป็นผู้จัดการให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้

4. การบริหารจัดการแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เกิดสภาพแวดล้อมของการเรียน

ยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2558) ได้สรุปได้ว่า แหล่งเรียนรู้ของการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตมักมีความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. แหล่งเรียนรู้ที่อยู่ในลักษณะเป็นองค์กร หรือสถาบัน เช่น โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์ สวนสาธารณะ เป็นต้น

2. แหล่งเรียนรู้ที่ไม่ใช่องค์กร หรือสถาบัน เช่น บุคคล เหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น

## 5. รูปแบบของการจัดการศึกษาตลอดชีวิต

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (2554) ได้เสนอรูปแบบของการจัดกิจกรรมการศึกษาตลอดชีวิตไว้ ดังนี้

1. การศึกษาวิชาสามัญ ซึ่งครอบคลุมการสอนอ่านเขียนเพื่อการอ่านออกเขียนได้ การศึกษาที่เทียบเท่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายและการศึกษาในระดับ อุดมศึกษา

2. การศึกษาด้านวิชาชีพ ซึ่งมีการจัดอบรมวิชาชีพทั้งระยะสั้นและระยะยาวในหลายสาขา อาชีพแบบมีประกาศนียบัตรและไม่มีประกาศนียบัตร

3. การให้ความรู้ทั่วไปที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการอบรมโดยวิทยากร และโดยสื่อต่าง ๆ

ประกายดาว แก้วชัยเถร (2561) ได้สรุปรูปแบบของการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ประกอบด้วยการจัดการศึกษาใน 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การจัดการศึกษาในโรงเรียน (Formal Education) หมายถึง เป็นลักษณะของการจัดกิจกรรมการศึกษาที่มีโครงสร้างที่ชัดเจนแน่นอนและมีลำดับ มีการแบ่งชั้นเรียนตามอายุ จัดการเรียนการสอนตามลำดับขั้นตั้งแต่ระดับต้นจนถึงระดับสูง โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีหลักสูตร เวลาเรียนที่แน่นอน มีการจำกัดอายุผู้เรียน มีการลงทะเบียนเรียนและมีการวัดผลการประเมินผลเพื่อรับใบประกาศนียบัตรหลังจบการศึกษาตามหลักสูตรหรือแผนการเรียนนั้น ๆ โดยการจัดการเรียนการสอนเน้นเรื่องอนาคต และส่วนใหญ่มีสถานศึกษาที่แน่นอนในการเรียน

2. การจัดการศึกษานอกโรงเรียน (Non-formal Education) หมายถึง การจัดกิจกรรมการศึกษาที่จัดขึ้นนอกโรงเรียนปกติ โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการเป็นประชาชนที่อยู่นอกโรงเรียน มีวัตถุประสงค์ในการเรียนที่ชัดเจน โดยมีกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่นสูง และมีความสอดคล้องกับสภาพความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีหลักสูตร เวลาเรียน มีการลงทะเบียนเรียน มีการประเมินเพื่อรับประกาศนียบัตร และไม่จำกัดอายุ โดยเป็นการเรียนนอกโรงเรียน ที่มุ่งเน้นการเรียนเรื่องที่เป็นสภาพปัจจุบัน เพื่อแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและมีเวลาเรียนที่ไม่แน่นอนเหมือนกับการจัดการศึกษาในโรงเรียน

3. การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education) หมายถึง การศึกษาที่เกิดขึ้นตามวิถีชีวิตที่เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จากการทำงาน บุคคล ครอบครัว สื่อ ชุมชน แหล่งความรู้ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความบันเทิงและการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ ไม่มีหลักสูตร ไม่มีเวลาเรียนที่แน่นอน ไม่จำกัดอายุ ไม่มีการลงทะเบียนเรียนและไม่มีการสอบ ไม่มีการรับประกาศนียบัตร มีหรือไม่มีสถานที่แน่นอน เรียนที่ไหนก็ได้ ลักษณะการเรียนส่วนใหญ่



เป็นการเรียนเพื่อความรู้อะไรและนั่นหนทางการ อีกทั้งไม่จำกัดเวลาเรียน สามารถเรียนได้ตลอดเวลาและเกิดขึ้นในทุกช่วงวัยของชีวิต

## 6. การศึกษาตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบกับผู้สูงอายุ

Cross (1992 อ้างใน สุธีรา บัวทอง, 2558) อธิบายว่า ความเชื่อเดิมที่ว่าผู้สูงอายุขาดความแข็งแรงและควมมีชีวิตชีวาได้เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุในปัจจุบันแข็งแรงและมีศักยภาพโดยจะเห็นว่าพวกเขายังออกเดินทางท่องเที่ยวมีบทบาททางสังคมการเมืองและสนุกกับการเรียนรู้ ผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 จะมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น มีการศึกษาที่สูงขึ้นและมีความมั่นคงทางการเงิน ผู้สูงอายุรุ่นต่อมาจะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องแม้ในวัยเกษียณ ดังนั้นจึงมีความต้องการโปรแกรมการศึกษาและบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นักวิจัยด้านการศึกษาของผู้สูงอายุเห็นพ้องกันว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงก็ต้องการศึกษาและการเรียนรู้มากขึ้นด้วย

อาชญญา รัตนอุบล และคณะ (2554) ได้อธิบายอนาคตภาพการจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย ว่ามีเป้าหมายการจัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชน สังคมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ กิจกรรมการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียน การศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยแบบบูรณาการในลักษณะสาระบันเทิง มีการสร้างและส่งเสริมแกนนำผู้สูงอายุเพื่อเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

Thaiseniormarket (ม.ป.ป.) ได้อธิบายการศึกษาตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบกับผู้สูงอายุ โดยกล่าวถึงพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ได้กำหนดหลักการในการศึกษาให้ผู้สูงอายุสามารถศึกษาหาความรู้เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนได้หลายทางที่สำคัญได้แก่

1. การศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งเป็นการหาความรู้ด้วยตนเอง เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การทำงาน จากบุคคลและจากสถานที่ต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา
2. การเรียนรู้จากศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ที่จัดการศึกษา การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ให้แก่คนในชุมชน
3. การเรียนรู้จากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดการศึกษาให้กลุ่มเป้าหมายพิเศษต่าง ๆ รวมถึงผู้สูงอายุด้วย

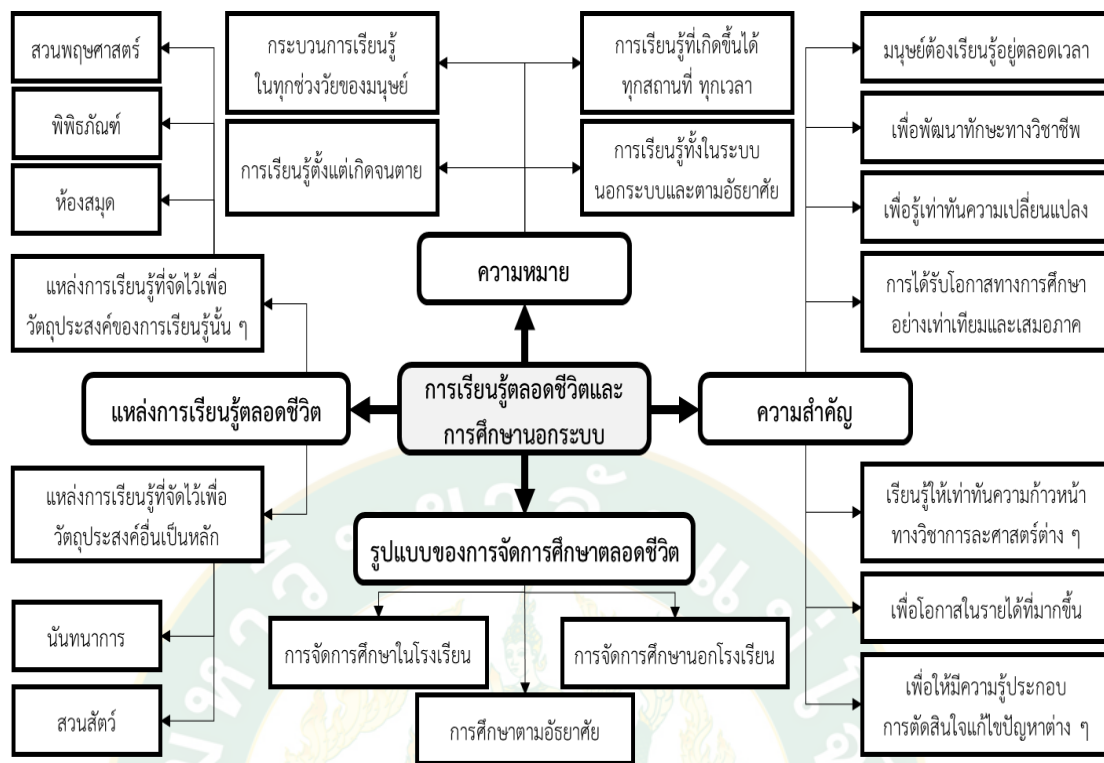
นอกจากนั้นยังอธิบายว่า กระทรวงศึกษาธิการยังได้กำหนดวิธีการให้บริการด้านการศึกษาแก่ผู้สูงอายุในลักษณะต่าง ๆ ในรายละเอียด ดังนี้ 1) การจัดบริการข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุมการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย รวมทั้งการนำฐานข้อมูลทาง

การศึกษา การฝึกอบรมผู้สูงอายุ 2) การจัดบริการการศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปของการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ 3) การสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการสำหรับผู้สูงอายุ 4) การส่งเสริมให้หน่วยงาน สถานศึกษามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ 5) การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ 6) การคุ้มครองการผลิตสื่อความรู้และอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้สูงอายุ 7) การจัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา 8) การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ

ฐิติมา ดวงวันทอง (2560) อธิบายว่าแนวคิด “การศึกษาตลอดชีวิต” สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย แต่สำหรับผู้สูงอายุยังไม่พบว่ามีจัดการศึกษาในระบบสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่สอดคล้องกับสภาพทางกายภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น รูปแบบการศึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจึงควรจัดในรูปแบบการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต บุคคลในทุกช่วงวัย มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาตนเอง ตอบสนองความอยากรู้ อยากรูเห็นและความต้องการจำเป็นในการทำกิจกรรมบางอย่าง รวมทั้งเพื่อแลกเปลี่ยนความสนใจกับบุคคลอื่น ซึ่งการกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้รับอิทธิพลสำคัญมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านสังคม ที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต ที่เป็นการเรียนรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีความต่อเนื่องในทุกช่วงของชีวิต

โดยสรุปแล้วการเรียนรู้ของผู้ใหญ่เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้ โดยจะมีความซับซ้อนมากกว่าการเรียนรู้ของวัยอื่นเนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่เพื่อที่จะพัฒนาตนเอง สังคมและคนรอบข้างให้ดีขึ้น โดยการศึกษาในวัยผู้ใหญ่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเรียนรู้ของทุกหน่วยงาน ชุมชน และสังคม ซึ่งในการศึกษานี้จะจัดการเรียนรู้ของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบ โดยได้ทำการศึกษาในด้านความหมาย ความสำคัญ รูปแบบการจัดการศึกษาและแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต สรุปดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงความหมาย ความสำคัญ รูปแบบของการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบ แหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต และการจัดการศึกษาตลอดชีวิต

**แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา**

**1. ความหมายของการวิจัย**

Kerlinger (1973 อ้างใน ถุตินันท์ สมุทร์ทัย, 2560) ได้ให้ความหมายของการวิจัย ว่าเป็นการใช้ข้อมูลในการตรวจสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ธรรมชาติ โดยมีการควบคุมอย่างเป็นระบบสม่ำเสมอ โดยในที่ประชุม Pan Pacific Science Congress ค.ศ. 1761 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แยกความหมายของ RESEARCH ไว้ดังนี้

R - Recruitment and Relationship หมายถึง การมีฝึกคนให้มีความรู้ รวมทั้งรวบรวมผู้มีความรู้และปฏิบัติงานร่วมกัน ติดต่อสัมพันธ์และประสานงานกัน

E - Education and Efficiency หมายถึง ผู้วิจัยต้องมีการศึกษา มีความรู้และสมรรถภาพสูง

S - Sciences and Simulation เป็นศาสตร์ที่ต้องพิสูจน์เพื่อค้นคว้าหาความจริงและผู้วิจัยจะต้องมีพลังกระตุ้นให้เกิดความริเริ่ม กระตือรือร้นที่จะวิจัยต่อไป

E - Evaluation and Environment ผู้วิจัยจะต้องรู้จักการประเมินผลดูว่างานวิจัยที่ทำอยู่ มีประโยชน์สมควรจะทำต่อไปหรือไม่ และต้องรู้การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการวิจัย

A - Aim and Attitude มีจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่แน่นอนและมีเจตคติที่ดีต่อผลการวิจัย

R - Result ผลของการวิจัยที่ได้มาจะเป็นทางบวกหรือลบก็ตาม จะต้องยอมรับผลของการวิจัยนั้น เพราะเป็นผลที่ได้มาจากการค้นคว้าอย่างระบบและเชื่อถือได้

C - Curiosity ผู้วิจัยจะต้องมีความอยากรู้อยากเห็น มีความสนใจและขวนขวายในงานวิจัย อยู่ตลอดเวลา แม้ว่าความอยากรู้นั้นจะมีเพียงเล็กน้อยก็ตาม

H - Horizon เมื่อผลการวิจัยปรากฏขึ้นแล้ว ย่อมทำให้ทราบและเข้าใจในปัญหาเหล่านั้น ได้เหมือนกับเกิดแสงสว่างขึ้น แต่ถ้ายังไม่เกิดแสงสว่างผู้วิจัยจะต้องดำเนินการต่อไปจนกว่าจะพบ แสงสว่าง ซึ่งก็คือผลของการวิจัยจะต้องก่อให้เกิดสันติสุขแก่สังคม

อนันต์ ศรีโสภา (2527) อธิบายความหมายของ การวิจัย หมายถึง กระบวนการเสาะแสวงหาความรู้จากปัญหาที่ชัดเจนอย่างมีระบบ โดยมีการทดสอบสมมติฐานที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล ซึ่งสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในเรื่องนั้น ๆ เพื่อนำไปพยากรณ์หรือสังเกต การเปลี่ยนแปลงเพื่อควบคุมสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้คงที่

บุญธรรม กิจปริดาบรสิสุทธิ์ (2540) การวิจัยเป็นกระบวนการค้นคว้าหาข้อเท็จจริงหรือ ปรากฏการณ์ธรรมชาติอย่างมีระบบ ระเบียบ และมีจุดมุ่งหมายที่แน่นอน เพื่อให้ได้ความรู้ที่เชื่อถือได้

บุญชม ศรีสะอาด (2543) การวิจัยเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญมากต่อมวลมนุษยชาติ ผลจากการวิจัยทำให้เกิดความรู้ ความกระจ่าง ในปรากฏการณ์ต่าง ๆ วิทยาการทุกสาขาเจริญก้าวหน้า พรมแดนความรู้ขยายออกไปอย่างไม่หยุดยั้ง ช่วยให้มนุษย์แก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบ ตอบสนอง ความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์โดยทั่วไป ผลการวิจัยทำให้เราสามารถสั่งสมความรู้ ทั้งรอบตัวและภายในตัวมนุษย์ มีผลงานสร้างสรรค์และสิ่งประดิษฐ์ที่มีคุณค่ามากมาย การวิจัยเป็น กิจกรรมที่ช่วยผู้วิจัยให้มีคุณลักษณะที่ดี มีศักยภาพในการสร้างองค์ความรู้ มนุษย์มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

สุพักตร์ พิบูลย์ (2546) การวิจัย หมายถึง การศึกษา ค้นคว้าอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้หรือวิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นกิจกรรมที่มุ่งแสวงหาคำตอบ หาความรู้ใหม่ ๆ หรือขยาย องค์ความรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ

พจน์ สะเพียรชัย (2547 อ้างใน ฤตินันท์ สมุทร์ทัย, 2560) กล่าวว่า การวิจัย คือ วิธีแก้ปัญหาที่มีระบบแบบแผนเชื่อถือได้เพื่อให้เกิดความรู้ที่เชื่อถือได้

ศิริชัย กาญจนวาสี (2551) การวิจัยเป็นวิถีชีวิตของมนุษย์ มนุษย์ใช้การวิจัยสำหรับแสวงหา ความรู้มาเป็นเวลานาน การวิจัยเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวันสำหรับการ เรียนรู้และแก้ไขปัญหา การวิจัยใช้ทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางธรรมชาติต่าง ๆ ตลอดจน

ใช้เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ของศาสตร์แขนงต่าง ๆ การวิจัยจึงอยู่ในฐานะของกระบวนการสร้างสรรค์/แสวงหา/พัฒนาองค์ความรู้หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ อย่างเป็นแบบแผนและเป็นระบบ

เชษฐภูมิ วรรณไพศาล (2562) ได้ให้ความหมายของ การวิจัย หมายถึง กระบวนการค้นคว้าหาความรู้ความจริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ด้วยวิธีการที่เป็นระบบระเบียบและเชื่อถือได้ ตามแนวทางของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยผลจากการศึกษาค้นคว้าจะทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่และเพิ่มพูนองค์ความรู้ที่มีอยู่แต่เดิมให้ก่อเกิดประโยชน์ต่อความก้าวหน้าทางวิชาการหรือนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตพลเมืองพัฒนาบุคคลให้เป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบในสังคมประชาธิปไตย รวมถึงพัฒนาความสามารถทางสติปัญญา สังคม และบุคลิกภาพในการตัดสินใจและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมในการดำเนินการวิจัยทางสังคมศึกษาจะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีกระบวนการดำเนินงานที่ต่อเนื่องกันไป โดยเริ่มตั้งแต่ปัญหาในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย ทั้งนี้ การวิจัยที่ดีจะต้องใช้เครื่องมือในการทดสอบที่มีความตรง เชื่อถือได้ อีกทั้งยังต้องเหมาะสมกับวิธีการวิจัยโดยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและถูกต้องตามหลักวิชาการจึงจะทำให้ผลการวิจัยนั้นมีความน่าเชื่อถือและมีคุณค่าเพียงพอที่จะสามารถนำไปใช้งานหรือใช้ประโยชน์ได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ฤตินันท์ สมุทรทัย (2560) ได้สรุปความหมายของการวิจัย (Research) ว่าหมายถึง กระบวนการแสวงหาความรู้ความจริง โดยใช้วิธีที่มีระบบ ระเบียบ มีการกำหนดจุดมุ่งหมายที่แน่นอน และเป็นวิธีการที่เชื่อถือได้หรือที่เรียกว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์

## 2. ประเภทของการวิจัย

ฤตินันท์ สมุทรทัย (2560) กล่าวถึงการแบ่งการวิจัยออกเป็นประเภทนั้น ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งว่าจะยึดถือสิ่งใดเป็นเกณฑ์หรือเป็นหลัก ทั้งนี้เพราะการใช้เกณฑ์ต่างกันก็จะแบ่งการวิจัยออกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ไม่เหมือนกัน ด้วยเหตุนี้ประเภทของการวิจัยจึงแบ่งกันได้หลายแบบ โดยใช้เกณฑ์ต่าง ๆ กัน ดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูล ถ้ายึดลักษณะของการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยแล้ว อาจแบ่งการวิจัยได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการวิจัยที่ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นตัวเลข เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงคุณลักษณะ (Qualitative Research) เป็นการวิจัยที่ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการบรรยายความที่ได้มาจากการศึกษาอย่างลึกซึ้งครอบคลุมทุกแง่ทุกมุมที่มีความสลับซับซ้อนตามลักษณะพลวัต (Dynamic)

2. แบ่งตามลักษณะวิชาหรือศาสตร์ โดยเมื่อยึดลักษณะวิชาหรือศาสตร์เป็นเกณฑ์ในการแบ่งประเภทของการวิจัย จะแบ่งการวิจัยออกได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

2.1 การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Research) เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต ทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็น เช่น การค้นพบยารักษาโรค การค้นพบสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ เป็นต้น นอกจากนี้การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ยังสามารถใช้แก้ปัญหาที่เกิดจากธรรมชาติได้อีกด้วย เนื่องจากการวิจัยทางวิทยาศาสตร์มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เที่ยงตรงและมีกฎเกณฑ์แน่นอน ตลอดจนสามารถควบคุมการทดลองได้ เพราะทำการทดลองในห้องปฏิบัติการจึงทำให้ผลการวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์ได้รับความเชื่อถือมาก การวิจัยทางวิทยาศาสตร์อาจจำแนกตามสาขาต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.1.1 สาขาวิทยาศาสตร์กายภาพและคณิตศาสตร์ เช่น ฟิสิกส์ คณิตศาสตร์ เป็นต้น

2.1.2 สาขาวิทยาศาสตร์ เช่น ศัลยศาสตร์ รังสีวิทยา เป็นต้น

2.1.3 สาขาวิทยาศาสตร์เคมีและเภสัช เช่น อินทรีย์เคมี เภสัชศาสตร์ เป็นต้น

2.1.4 สาขาเกษตรศาสตร์และชีววิทยา เช่น สัตวศาสตร์ วนศาสตร์ เป็นต้น

2.1.5 สาขาวิศวกรรมศาสตร์และอุตสาหกรรมวิจัย เช่น วิศวกรรมชลประทาน เป็นต้น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ม.ป.ป.) ระบบวิจัยสุขภาพ (Health Research System : HRS) เป็นระบบวิจัยที่เกี่ยวข้องในทุกองค์ประกอบและทุกประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทั่วโลก องค์การบุคลากร โรคภัย สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเป้าหมายของงานวิจัย คือ นำผลวิจัยไปใช้สนับสนุนการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ตัวอย่างเช่น การวิจัยวิทยาศาสตร์พื้นฐานเพื่อหาสาเหตุโรค การวิจัยทางคลินิกเพื่อทดลองยาหรือเครื่องมือทางการแพทย์ใหม่ ๆ ในการรักษาโรค การวิจัยเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังกล่าวถึง วิจัยระบบสุขภาพ (Health System Research : HSR) ว่าเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งด้านกำลังคน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านระบบบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์ ด้านการเงินการคลัง ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนการอภิบาลระบบ และประเด็นอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา ซึ่งเป็นการวิจัยที่มุ่งการแก้ปัญหาและตอบโจทย์ใหญ่ของประเทศที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบสุขภาพ โดยผลของการวิจัยจะเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำไปสู่การพัฒนาเป็นมาตรการ กฎหมาย นโยบายด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อประชาชนโดยรวม ตัวอย่างเช่น การวิจัยประเมินผลระบบหลักประกัน

สุขภาพ การวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศระบบสุขภาพ เป็นต้น

2.2 วิจัยทางสังคมศาสตร์ (Social Research) เป็นการวิจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การวิจัยด้านปรัชญา สังคม วิทยาศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ เป็นต้น การวิจัยทางสังคมศาสตร์นี้แตกต่างกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์มาก เนื่องจากสังคมศาสตร์เป็นวิชาที่ว่าด้วยสังคม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งวัดไม่ได้โดยตรงและควบคุมได้ยาก แต่มนุษย์ก็ได้พยายามวัดโดยใช้เครื่องมือวัดทางอ้อม เช่น ใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบวัดเจตคติ ฯลฯ และได้้นำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการวิจัย ทำให้ผลการวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น การวิจัยทางสังคมศาสตร์จำแนกตามสาขาต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.2.1 สาขาปรัชญา เช่น วรรณคดี การศึกษา เป็นต้น

2.2.2 สาขานิติศาสตร์ เช่น กฎหมายแพ่ง กฎหมายการปกครอง เป็นต้น

2.2.3 สาขารัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ เช่น การเมือง การปกครอง เป็นต้น

2.2.4 สาขาเศรษฐศาสตร์ เช่น การเงินและการคลัง เศรษฐศาสตร์การพัฒนา เป็นต้น

2.2.5 สาขาสังคมวิทยา ศาสตร์ เช่น ประชากรศาสตร์ พัฒนาชุมชน เป็นต้น

ครูเชียงราย (2562) อธิบายว่า งานวิจัยทางสังคมศาสตร์เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนมากจะเป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ คือ เป็นการวิจัยที่ต้องการหาความจริง โดยมีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิมาวิเคราะห์

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ (ม.ป.ป.) อธิบายความหมายของการวิจัยทางสังคมศาสตร์ หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความจริงด้วยระบบและวิธีการทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับพฤติกรรม ปรากฏการณ์ หรือปฏิบัติการ ตลอดจนความรู้สึคนึกคิดของมนุษย์และสังคมเพื่อให้ทราบถึงความรู้และความจริงที่จะนำมาแก้ไขปัญหาของสังคมหรือก่อให้เกิดความรู้ใหม่

3. แบ่งตามประโยชน์ของการวิจัย การแบ่งประเภทของการวิจัยโดยยึดประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยเป็นเกณฑ์นั้น ต้องพิจารณาว่าในการทำการวิจัยมุ่งที่จะนำไปใช้ประโยชน์หรือไม่ ดังนั้นจึงสามารถแบ่งการวิจัย ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.1 การวิจัยพื้นฐาน (Basic Research) หรือการวิจัยบริสุทธิ์ (Pure research) มุ่งเน้นที่จะได้ความรู้แท้ ๆ หรือทฤษฎีใหม่ ๆ เป็นการขยายฐานของความรู้ทางวิชาการเพื่อสร้างองค์ความรู้ในแต่ละศาสตร์โดยแท้

3.2 การวิจัยประยุกต์ (Applied Research) สามารถอาศัยฐานความรู้ที่ได้จากทฤษฎีประยุกต์ใช้ กับสภาพการณ์จริงและเน้นการวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในขณะปฏิบัติการได้โดยตรง

### 3. จุดมุ่งหมายและประโยชน์ของการวิจัย

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2551) อธิบายถึงประโยชน์ของการวิจัยว่า การวิจัยสุขภาพมีส่วนช่วยสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา บริบทต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ รวมทั้งความซับซ้อนของระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการการวิจัยสุขภาพเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันและอนาคตเพิ่มขึ้นอย่างมาก นอกจากนี้ยังได้ศึกษาพบว่า ระบบวิจัยสุขภาพของประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการขาดองค์ความรู้ที่ชัดเจน ขาดทรัพยากรที่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การจัดตั้งหน่วยงานผู้ให้ทุนและบริหารจัดการวิจัยที่เป็นองค์กรอิสระ มีส่วนสนับสนุนการพัฒนา งานวิจัยสุขภาพอย่างมาก แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ได้ช่วยสนับสนุนการเชื่อมโยงงานวิจัยไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายจนประสบความสำเร็จในหลายกรณี

วรางคณา ผลประเสริฐ (2552) ได้สรุปจุดมุ่งหมายทั่วไปของการวิจัยอย่างกว้าง ๆ กล่าวว่า ในการทำการวิจัยใด ๆ ก็ตาม ผู้ทำการวิจัยจะมีจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ประการนี้ คือ

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ใหม่ เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์มีความอยากรู้อยากเห็น อยากรทราบเหตุผลและปรากฏการณ์ของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จึงทำการวิจัยเพื่อค้นหาคำตอบ สิ่งใดที่พอรู้อยู่บ้างก็ทำให้รู้และเข้าใจดียิ่งขึ้น เป็นการเพิ่มพูนวิทยาการให้กว้างขวางลึกซึ้ง

2. เพื่อนำผลไปประยุกต์หรือใช้ให้เป็นประโยชน์ จุดมุ่งหมายของการวิจัยนี้เกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาที่จะต้องค้นคว้าหาความจริงเพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปแก้ปัญหา หรือประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป

ซึ่งจุดมุ่งหมายของการวิจัยทั้ง 2 ประการนี้ มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน ทั้งนี้เพราะจุดมุ่งหมายประการแรกมุ่งวิจัยเพื่อเพิ่มพูนความรู้ใหม่ทำให้ค้นพบกฎหรือทฤษฎี ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยในข้อ 2

วาโร เฟ็งสวีส์ตี (2552) อธิบายว่าจุดมุ่งหมายของการวิจัยทางการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งหมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ซึ่งมี 2 ลักษณะ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ประเภทสื่อวัสดุอุปกรณ์ (Material) และผลิตภัณฑ์ประเภทวิธีการหรือกระบวนการ (Process) โดยดำเนินการทดสอบในสภาพจริงและทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลาย ๆ รอบ จนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนากลุ่มคนหน่วยงานหรือองค์กรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นัทธมน ธีระกุล (2556) ได้อธิบายและสรุปประโยชน์ของการวิจัย ดังนี้ 1) การวิจัยช่วยให้ได้รับความรู้ใหม่ ทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ 2) ช่วยพิสูจน์หรือตรวจสอบความถูกต้องของกฎเกณฑ์หลักการและทฤษฎีต่าง ๆ 3) ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ ปรากฏการณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ 4) ช่วยแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 5) ช่วยการวินิจฉัย ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม 6) ช่วยปรับปรุง



การทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 7) ช่วยปรับปรุงพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ และวิถีดำรงชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2559) อธิบายว่า การพัฒนาโครงการแผนงานวิจัย การแสวงหาและสนับสนุนทุนวิจัย การควบคุมคุณภาพมาตรฐานงานวิจัยและการพัฒนาศักยภาพระบบวิจัยสุขภาพ การประมวลความรู้ที่ได้จากการวิจัยและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนา ด้านสุขภาพหรือปฏิรูประบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงหลักการบริหารที่มุ่งประสิทธิผล และมีธรรมาภิบาล ที่ผ่านมามีภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรและขับเคลื่อนการใช้ประโยชน์งานวิจัย ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ 6 BUILDING BLOCKS ซึ่งประกอบด้วย ระบบบริการ (Service Delivery) ระบบยา (Drug System) บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce) ข้อมูลข่าวสาร (Information) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี (medical product , Vaccine and Technology) การเงิน (Financing) และการนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance) ซึ่งผลจากการบริหารจัดการ Building Block ทั้ง 6 ระบบ จะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มความครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในระบบ 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (Improve health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (Social and Risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency) ซึ่งหมายถึงประโยชน์ของการวิจัยทางสุขภาพหรือสาธารณสุข

ฤตินันท์ สมุทร์ทัย (2560) อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัย ว่าเป็นกระบวนการค้นคว้าหาความรู้ความจริงตามระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ในการค้นคว้าหาความรู้ความจริงของนักวิจัยนั้นก็เพื่อจุดมุ่งหมายดังต่อไปนี้

1. เพื่อใช้ในการทำนาย ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้พยากรณ์หรือทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ว่า จะมีอะไรเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มอย่างไร ทั้งนี้ก็เพื่อจะได้เตรียมตัวรับสถานการณ์ไว้ล่วงหน้า เช่น การวิจัยเรื่องการสำรวจราคาสินค้าสามารถนำผลมาทำนายได้ว่า แนวโน้มของราคาสินค้าในอนาคตจะเป็น อย่างไร และยังสามารถทำนายภาพเศรษฐกิจของประเทศในอนาคตได้อีกด้วย
2. เพื่อใช้ในการอธิบาย จุดมุ่งหมายของการวิจัยข้อนี้ก็เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้อธิบายปัญหาหรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ยังไม่ทราบสาเหตุว่า สิ่งใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลหรือสิ่งใดเป็นผลที่ทำให้เกิดสาเหตุนั้น ๆ เช่น การวิจัยหาสาเหตุที่ทำให้ผลการเรียนของนักเรียนตกต่ำ ผลที่ได้จากการวิจัยจะสามารถนำมาอธิบายได้ว่า มีอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผลการเรียนของนักเรียนตกต่ำ
3. เพื่อใช้ในการบรรยาย เป็นการมุ่งนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้บรรยายสภาพและลักษณะของ ปัญหาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีสภาพและลักษณะอย่างไร เช่น การวิจัยเพื่อการสำรวจความต้องการของนิสิตที่มีต่อการจัดบริการของมหาวิทยาลัย การวิจัยในลักษณะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ

นำผลที่ได้จากการวิจัยมาบรรยายสภาพและลักษณะความต้องการของนิสิต ซึ่งการนำผลที่ได้จากการวิจัยมาบรรยายจะทำให้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากกว่าการบรรยายสภาพและลักษณะของปัญหาที่เกิดจากความคิดเห็นหรือการวิเคราะห์ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

4. เพื่อใช้ในการควบคุม จุดมุ่งหมายการวิจัยประการนี้ก็เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปวางแผนหรือกำหนดวิธีการในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การวิจัยหาสาเหตุที่ทำให้ผลการเรียนของนักเรียนตกต่ำ เมื่อพบสาเหตุก็สามารถหาทางควบคุมหรือป้องกันได้

5. เพื่อใช้ในการพัฒนา ผลการวิจัยอาจนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาได้

นอกจากนี้ ฤตินันท์ สมุทร์ทัย (2560) ยังอธิบายประโยชน์ของการทำวิจัย ว่าปัจจุบันนี้บุคคลในวงการต่าง ๆ ได้ให้ความสนใจการวิจัยมากขึ้น ทั้งนี้เพราะได้เล็งเห็นประโยชน์ของการวิจัยที่มีต่อมวลมนุษยชนนั่นเอง แต่ประโยชน์ของการวิจัยจะมีมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความเชื่อถือและถูกต้องมากน้อยเพียงใด ถ้าข้อมูลเป็นเท็จผลการวิจัยที่ได้แทนที่จะเป็นประโยชน์จะกลับกลายเป็นโทษต่อผู้นำผลการวิจัยนั้นไปใช้ ดังนั้นการวิจัยจะมีประโยชน์อย่างแท้จริงหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของนักวิจัย ตลอดจนความร่วมมือของผู้ให้ข้อมูลด้วย โดยทั่วไปแล้วอาจกล่าวได้ว่าการวิจัยมีประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. การวิจัยช่วยให้เกิดวิทยาการใหม่ ๆ เพิ่มพูนมากยิ่งขึ้นทั้งทางด้านทฤษฎีและปฏิบัติ
2. การวิจัยสามารถใช้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องและยุติธรรม
3. การวิจัยจะช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และสามารถใช้นำมาปรากฏการณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากกว่าการคาดคะเนแบบสามัญสำนึก
4. การวิจัยสามารถช่วยในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน การตัดสินใจปัญหาหรือการวินิจฉัยสั่งการของผู้บริหารให้เป็นได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
5. การวิจัยสามารถตอบคำถามที่ยังคลุมเครือให้กระจ่างชัดยิ่งขึ้น
6. การวิจัยกระตุ้นความสนใจของการให้มีการใช้ผลการวิจัยและทำงานค้นคว้าวิจัยต่อไป
7. การวิจัยจะทำให้ทราบข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งนำมาใช้เป็นประโยชน์เพื่อการปรับปรุงหรือพัฒนาบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ให้เจริญก้าวหน้า

กิตติยา วงษ์จันทร์ (2561) ยังกล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อพัฒนา ว่าเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็นระบบ นำเชื่อถือ มีเป้าหมายในการพัฒนาผลผลิต เทคโนโลยี สิ่งประดิษฐ์ สื่อ อุปกรณ์ เทคนิควิธีหรือรูปแบบการทำงาน ระบบบริหารจัดการ หรือ “นวัตกรรม” และทดลองใช้จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แล้วจึงนำไปเผยแพร่เพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### 4. ประเภทของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย หรือเครื่องมือในการทดลอง มักเป็นอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ได้คุณภาพและมาตรฐาน ได้แก่ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการทดลองหรือทดสอบ สิ่งประดิษฐ์หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ หรือเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นเครื่องมือสำเร็จรูป หรือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดสร้างขึ้นเองก็ได้ ทั้งนี้สามารถจำแนกประเภทของเครื่องมือวิจัยออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้

2.1 แบบทดสอบ (test) คือ ชุดของคำถามที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นสิ่งเร้าให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัยและทักษะพิสัย โดยใช้หลักสูตร มาตรฐาน ตัวชี้วัดเป็นกรอบการกำหนดเนื้อหาของแบบทดสอบ

2.2 แบบสอบถาม (questionnaire) คือ เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมภายใน ของบุคคล เกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น เจตคติ ความสนใจ ฯลฯ ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านจิตพิสัยนั่นเอง ซึ่งแบบสอบถามจะมีลักษณะเป็นชุดของคำถามที่สร้างขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลตามจุดประสงค์

2.3 แบบสัมภาษณ์ (interview form) จะเป็นแบบบันทึกคำให้สัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นมา เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายแบบสอบถามโดยอาจใช้เครื่องบันทึกเสียงประกอบในการให้สัมภาษณ์ที่จะอำนวยความสะดวกในการบันทึกรายละเอียดของข้อมูลทำให้สามารถย้อนทวนข้อมูลและสรุปข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

2.4 แบบสังเกต (observation form) คือเครื่องมือที่ใช้ประกอบการสังเกตเป็นชุดของพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา เช่น ระเบียบพฤติกรรม แบบตรวจสอบรายการและแบบจัดอันดับคุณภาพ ซึ่งการสังเกตเป็นวิธีการที่ใช้ประสาทสัมผัส โดยเฉพาะตาและหูของผู้สังเกตในการติดตามศึกษา พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกได้ทุกด้าน

2.5 แบบสำรวจรายการ (checklist) แบบสำรวจรายการเป็นเครื่องมือวัดที่มีลักษณะเป็นชุดรายการเพื่อตรวจสอบพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งต้องการคำตอบเพียง 2 กรณี คือ ตอบรับกับปฏิเสธ โดยไม่สนใจระดับคุณภาพของการปฏิบัติว่าปฏิบัติได้ดีในระดับใด มักนิยมใช้ประกอบการสังเกต พฤติกรรมทางจิตพิสัยและทักษะพิสัย

2.6 แบบวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นักวิจัยนำมาใช้ร่วมกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ด้วยวิธีอื่น ๆ เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นโดยการวิเคราะห์เอกสารจะอาศัยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วสังเคราะห์ เรียบเรียงข้อมูลนำเสนอตามประเด็นต่าง ๆ ที่กำหนดไว้

## 5. ขั้นตอนการทำวิจัย

บุญชม ศรีสะอาด (2556) ได้กล่าวถึงกระบวนการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัยไว้ 9 ขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกหัวข้อปัญหา ในขั้นแรกผู้วิจัยจะต้องตกลงใจให้แน่ชัดเสียก่อนว่าจะวิจัยเรื่องอะไร ซึ่งจะต้องพิจารณาให้รอบคอบด้วยความมั่นใจ และเขียนชื่อเรื่องที่จะวิจัยออกมา

2. ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะวิจัย หลังจากที่กำหนดเรื่องที่จะวิจัยแล้วจะต้องศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยศึกษาสาระความรู้ แนวความคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องนั้น ในตำรา หนังสือ วารสาร รายงานการวิจัยและเอกสารอื่น ๆ สำหรับผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ทราบว่าไม่มีใครวิจัยในแง่มุมใดไปแล้วบ้าง มีผลการค้นพบอะไร มีวิธีการดำเนินการใช้เครื่องมือและเทคนิคการวิเคราะห์เช่นไร ฯลฯ ซึ่งจะช่วยให้ทำการวิจัยได้อย่างเหมาะสม รัดกุม ไม่ซ้ำซ้อนกับที่คนอื่นได้ทำไปแล้ว และช่วยให้ตั้งสมมติฐานได้อย่างสมเหตุสมผล ในกรณีที่มีสมมติฐาน

3. เขียนเค้าโครงการวิจัย ซึ่งจะประกอบด้วยส่วนที่เป็นภูมิหลังหรือที่มาของปัญหา ความมุ่งหมายของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ตัวแปรต่าง ๆ ที่วิจัยในกรณีที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปร คำนิยามศัพท์เฉพาะ สมมติฐานในการวิจัย (ถ้ามี) วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ถ้ามี) รูปแบบการวิจัย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล (ถ้ามี) สำหรับส่วนที่กล่าวถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้อาจแยกกล่าวต่างหากหรืออยู่ในส่วนที่เป็นภูมิหลังก็ได้

4. สร้างเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสร้างตามหลักและขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือประเภทนั้น ๆ ซึ่งโดยทั่วไปจะต้องศึกษาวิธีสร้างเครื่องมือ ลักษณะธรรมชาติและโครงสร้างของสิ่งที่จะวัด การเขียนข้อความหรือข้อคำถามต่าง ๆ การให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแก้ไข การทดลองและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การปรับปรุงเป็นเครื่องมือฉบับจริง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ที่วิจัยไม่จำเป็นจะต้องสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลเองเสมอไป กรณีที่ทราบว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นเป็นไปอย่างมาตรฐาน เหมาะสมกับการที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ก็อาจยืมเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ได้ ถ้าสงสัยในเรื่องราวความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เนื่องจากสร้างไว้นานแล้ว ก็อาจนำมาทดลองใช้และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นใหม่อีกครั้งหนึ่ง เมื่อพบว่ามีความเชื่อมั่นเข้าเกณฑ์จึงนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ซึ่งการวิจัยบางเรื่องอาจไม่ใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบแผนจะตัดขั้นตอนนี้ออก

5. เลือกกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ไม่ได้ศึกษาจากประชากร แต่จะศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ให้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการที่ได้กำหนดไว้ในขั้นที่ 3 ในการวิจัยบางเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเลือกการเลือกกลุ่มตัวอย่างจะตัดขั้นตอนนี้ออก

6. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือหรือเทคนิคต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ในขั้นที่ 4 ซึ่งอาจเป็นแบบสอบถาม การสังเกตการณ์หรือการสัมภาษณ์ กรณีวิจัยเชิงทดลองจะดำเนินการทดลองสังเกตและวัดผลด้วย

7. จัดกระทำกับข้อมูล โดยอาจนำมาจัดเข้าตาราง วิเคราะห์ด้วยสถิติ ทดสอบสมมติฐาน หรือนำมาวิเคราะห์ตามทฤษฎีต่าง ๆ ตามวิธีการของการวิจัยเรื่องนั้น

8. ตีความผลการวิเคราะห์ จากผลการวิเคราะห์ในขั้นที่ 7 ผู้วิจัยพิจารณาตีความผลการวิเคราะห์

9. เขียนรายงานการวิจัยและจัดพิมพ์ ขั้นนี้เป็นขั้นสุดท้ายของการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องเขียนรายงานตามรูปแบบของการเขียนรายงานการวิจัยประเภทนั้น ๆ เพื่อเผยแพร่ให้คนอื่นได้ศึกษา ครูเชิงราย (2562) ได้อธิบายขั้นตอนการวิจัยทางสังคม ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดหัวข้อการวิจัย และความเป็นมาของปัญหา
2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอบเขตของการวิจัย
3. กำหนดตัวแปรในการวิจัย
4. การค้นคว้าหาความรู้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการตั้งสมมติฐาน
5. กำหนดวิธีการดำเนินงานวิจัย เช่น ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือวิจัย, การเก็บ

รวบรวมข้อมูล

6. วิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้สถิติวิเคราะห์, การแปลผลการวิเคราะห์
7. สรุปผลวิจัยและเขียนรายงานวิจัย

พลเทพ วิจิตรคุณากร (ม.ป.ป.) ได้อธิบายขั้นตอนการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขกับกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยสรุปขั้นตอนได้ดังนี้

1. การตั้งคำถามวิจัย (asking “research question”) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และการวิจัย โดยคำถามวิจัยที่ดีนั้นควรมาจากช่องว่างของความรู้ (gap of knowledge) ที่มาของคำถามวิจัยอาจมาได้จากหลากหลายสาเหตุ เช่น ข้อสงสัยจากการทำงานในโรงพยาบาล ต่อยอดงานวิจัยในอดีตทั้งของตนเองหรือนักวิจัยท่านอื่น ประเด็นเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุข เป็นต้น

2. การค้นคว้าข้อมูล (literature review) เป็นการสืบค้นข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเด็นที่เราสนใจซึ่งได้ระบุไว้อย่างชัดเจนอย่างเป็นระบบแบบแผน โดยใช้เทคนิคการสืบค้นแบบมีกรอบ (PICO framework) คือ การสืบค้นข้อมูลที่มีแบบแผน มีการกำหนดกรอบในการสืบค้นซึ่งเราสามารถหาคำสำคัญ (keyword) ที่เราระบุไว้เป็นคำสืบค้น (searching terms) ในฐานข้อมูล (database) และอ่านอย่างมีวิจารณญาณพร้อมกับประเมินค่าของงานวิจัย (critical appraisal)

เนื่องจาก PICO framework นั้นเหมาะสำหรับการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณแบบทดลอง ซึ่งไม่สามารถใช้ได้กับงานวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนาได้ จึงมีการแก้ไขเป็น PICO โดย I จะหมายถึง phenomenon of Interest หรือ ปรากฏการณ์ที่เราต้องการค้นคว้าวิจัย และ Co หมายถึง Context หรือ บริบทที่เราต้องการศึกษา เช่น ชุมชนเมืองหรือชนบท หอผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน เป็นต้น การกำหนดกรอบ PICO หรือ PICO พิจารณาจากประเภทของการทำวิจัย การทบทวนวรรณกรรม

**งานวิจัยเชิงปริมาณที่เป็นการวิจัยแบบทดลอง** วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยประเภท Intervention ต้องใช้กรอบ PICO เนื่องจากเป็นการค้นหาวิธีการ หรือโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง เช่น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ที่ทดสอบประสิทธิภาพของวิธีการต่าง ๆ โดยมีกรอบของ PICO คือ

P หมายถึง Participant กลุ่มตัวอย่างที่เราต้องการศึกษาค้นคว้า

I หมายถึง Intervention โปรแกรมบำบัด/โปรแกรมที่ต้องการ ศึกษา ค้นคว้า

C หมายถึง Comparison กลุ่มเปรียบเทียบที่เราต้องการเปรียบเทียบประสิทธิผลกับ Intervention ที่เรากำลังศึกษาค้นคว้า

O หมายถึง Outcome การวัดผลที่เราต้องการทราบ เพื่อเอาผลลัพธ์ต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกัน Outcome ที่กำหนดในกรอบนี้ต้องเป็น Outcome ที่วัดผลของ Intervention ที่เราต้องการ ค้นคว้า ซึ่งส่วนมากที่เรา จะทราบว่า Outcome เป็นอะไร จะได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ในเบื้องต้น โดยพิจารณาจากแบบประเมินผล วิธีการประเมินผลในงานวิจัยที่ผ่านมา

**งานวิจัยเชิงปริมาณแบบเชิงพรรณนาหรืองานวิจัยแบบเชิงคุณภาพ** เช่น Descriptive Cross Sectional Design เป็นการศึกษาเชิงสำรวจทั่วไป จะใช้กรอบ PICO ดังนี้

P หมายถึง Participant กลุ่มตัวอย่างที่เราต้องการศึกษาค้นคว้า

I หมายถึง Phenomenal of Interest คือ ปรากฏการณ์ที่เราต้องการศึกษาค้นคว้า เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

Co หมายถึง Context คือ บริบทที่เราศึกษา เช่น บริบทของ ประเทศไทย หรือ บริบทของ ชุมชน บริบทของโรงพยาบาลรัฐบาล เป็นต้น

ในการการเขียนกรอบ PICO หรือ PICO ถือเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อให้ ผู้วิจัยสามารถกำหนด ทิศทางการค้นคว้าได้ตรงประเด็น และต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับคำถามการทบทวนวรรณกรรม

PICOT Framework คือ การเพิ่ม T Time คือ ช่วงเวลาในการติดตามที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ (outcome) ใน PICO Framework

## การเปรียบเทียบกรอบแนวคิด PICO และ PICo framework

หัวข้อ	Framework	
	PICO	PICo
รูปแบบงานวิจัยที่ใช้	งานวิจัยเชิงปริมาณ ที่เป็นแบบทดลอง ได้แก่ Quasi experimental study	งานวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา ได้แก่ Descriptive cross-sectional หรือเชิงคุณภาพ (qualitative study)
องค์ประกอบ		
P	P: Participant	P: Participant
I	I: Intervention	I: phenomenon of Interest
C	C: Comparison	
O	O: Outcome	Co: Context

3. การตั้งสมมติฐาน (hypothesis forming) ก่อนการตั้งสมมติฐานของงานวิจัยได้จะต้องค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบจากขั้นตอนก่อนหน้านี้อย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยจะตั้งสมมติฐานของงานวิจัย (research hypothesis) ก่อนจากนั้นจะแปลงเป็นสมมติฐานทางสถิติ (statistical hypothesis) ซึ่งจะเริ่มต้นจากการสร้างสมมติฐานหลัก จากนั้นจึงสร้างสมมติฐานรอง

4. การตั้งวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (research objective) ซึ่งสอดคล้องกับคำถามวิจัยและสมมติฐานของงานวิจัย แต่ต้องมีลักษณะที่วัดได้ชัดเจน กระชับและวัดได้ วัตถุประสงค์มีความจำเป็นที่จะต้องเขียนให้ชัดเจนที่สุด เนื่องจากวัตถุประสงค์จะเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยจะยึดเป็นหลักในการเขียนเค้าโครงร่างวิจัย กำหนดรูปแบบงานวิจัย (study design) การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation) หรือการวิเคราะห์กำลัง (power calculation) ของการศึกษา ซึ่งวัตถุประสงค์ทั้งหมดควรชัดเจนตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนงานวิจัย ไม่ควรที่จะมีการแก้ไขวัตถุประสงค์หลังจากที่เริ่มเก็บข้อมูลหรือวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ในกรณีเขียนบทความวิชาการ ผู้เขียนมักจะเขียนวัตถุประสงค์ในส่วนของประโยคสุดท้ายในส่วนกล่าวนำ (introduction) ของบทความวิจัย (manuscript) รวมถึงควรระบุชัดเจนในเค้าโครงร่างวิจัย โดยการกำหนดวัตถุประสงค์อาจมีได้มากกว่า 1 วัตถุประสงค์ แต่ควรจะต้องมีการระบุอย่างชัดเจนถึงวัตถุประสงค์หลัก (primary objective) และวัตถุประสงค์รอง (secondary objective) รวมถึงควรมีวัตถุประสงค์หลักเพียงข้อเดียว เนื่องจากงานวิจัยหนึ่งชิ้นนั้นอาจไม่สามารถตอบคำถามวิจัยได้ทั้งหมด แต่ควรตอบวัตถุประสงค์หลักได้ ซึ่งการออกแบบรูปแบบ

งานวิจัยต้องออกแบบให้เหมาะสมที่สุด เช่น การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบของเครื่องมือ เป็นต้น ที่จะตอบวัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยให้ได้

5. การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) คือ การระบุตัวแปรต่าง ๆ ที่ต้องการศึกษาในงานวิจัยทั้งหมด ซึ่งอาจแบ่งชนิดของตัวแปรได้อย่างง่าย คือ ตัวแปรต้น (independent, exposure, predictor variables) ตัวแปรตาม (dependent, outcome variables) และตัวแปรกวน (confounding variables) คือ ปัจจัยภายนอกซึ่งไม่ใช่ปัจจัยหลักที่สนใจจะศึกษา แต่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (หรือตัวแปรต้น) และผลลัพธ์ (หรือตัวแปรตาม) ที่สนใจ

6. การเขียนโครงร่างวิจัย (writing a research proposal)

7. การเก็บข้อมูล (conducting an experiment)

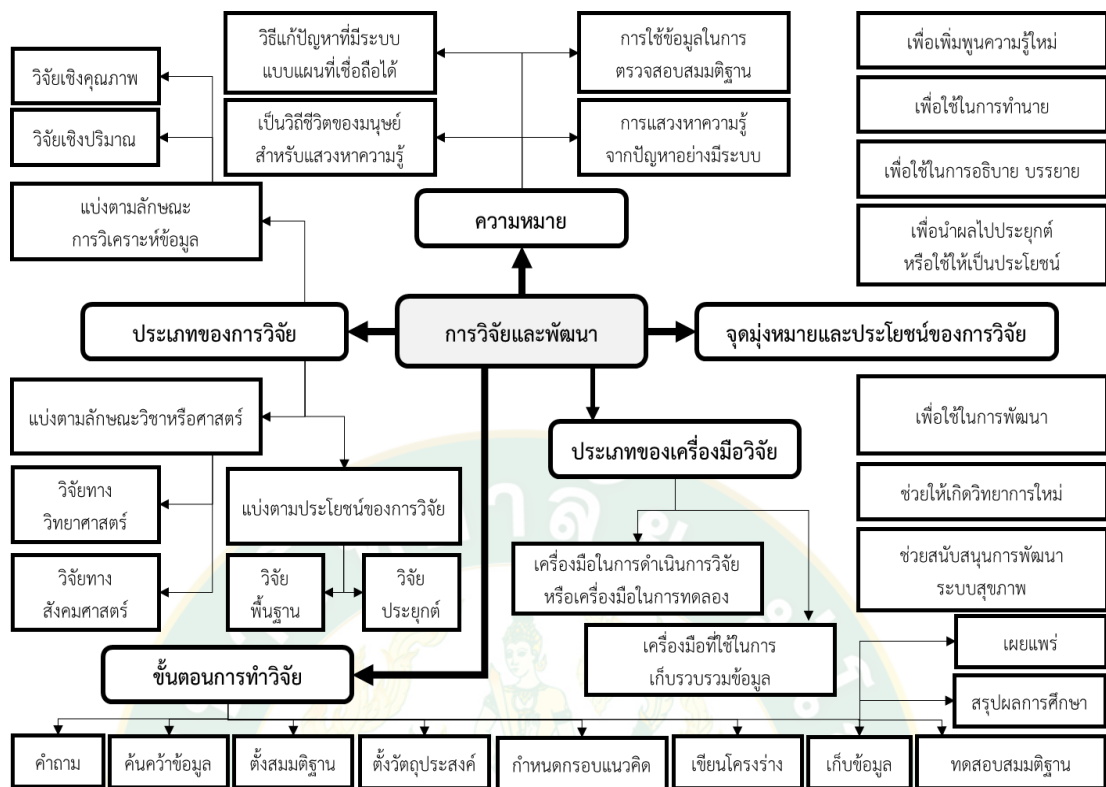
8. ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การทดสอบทางสถิติ (hypothesis testing by statistics method) โดยจุดประสงค์ของการทดสอบสมมติฐาน คือ เพื่อที่จะอ้างอิงผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างไปสู่ประชากร โดยผู้วิจัยจะทำการทดสอบสมมติฐานหลัก ซึ่งพิจารณาจาก p-value หรือ critical value ซึ่งผลลัพธ์จะมี 2 ทาง คือ 1) ปฏิเสธสมมติฐาน (reject null hypothesis) หรือ 2) ไม่สามารถปฏิเสธสมมติฐานได้ (fail to reject null hypothesis) ซึ่งไม่เท่ากับยอมรับสมมติฐาน (accept hypothesis)

9. สรุปผลการศึกษาและนำเสนอผลการศึกษา (conclusion and presentation) สิ่งที่สำคัญในการสรุปผล คือ การสรุปผลให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่กล่าวเกินจริงว่า ผลการศึกษาที่ได้ และสำหรับการนำเสนอผลการศึกษานั้น สิ่งที่สำคัญ คือ การเลือกใช้กราฟไดอะแกรม ตารางที่เหมาะสม และการใช้รูปแบบเอกสารอ้างอิงที่ถูกต้อง

10. เผยแพร่งานผลการศึกษา (report and publication) ซึ่งมีได้หลากหลายช่องทาง เช่น รายงาน (report) หรือบทความวิจัย (manuscript) หรือแม้กระทั่งการเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ได้ศึกษาถึงความหมาย ประเภทของการวิจัย จุดมุ่งหมายและประโยชน์ของการวิจัย ประเภทของเครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ดังภาพที่ 4





ภาพที่ 4 แสดงแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาโดยสรุป

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Liu et al. (2015) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจีน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรามีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรสและอาชีพ และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การดื่ม การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

Geboers et al. (2016) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากการดำเนินชีวิต โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 3,241 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมีความสัมพันธ์

กับกิจกรรมทางกาย การรับประทานผลไม้และผัก การไม่รับประทานอาหารเช้า ภาวะอ้วน การอยู่คนเดียว การมีกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย

Fernandez et al. (2016) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่าง 707 คน จากโครงการสุขภาพและการเกษียณอายุ ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ รายงานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้ด้านสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

Nilnate et al. (1970) ได้ทำการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางด้านสุขภาพและปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับความรู้ทางด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุ จำนวน 440 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน และพบว่าปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญสถิติ 0.05 คือ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม การมองเห็นและความสามารถในการอ่าน

สุมินดา สิ้นธิริมานะ (2546) ได้ศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและวิธีการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกและจดบันทึกการสนทนา นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความคำต่อคำ ทำการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามแนวคิดของ Barrard ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ 2) การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ ในการเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพหลายประการ เช่น รับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายและการมีสุขภาพจิตที่ดี แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอุปสรรค อันได้แก่ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และการเดินทาง เป็นข้อจำกัดใน การส่งเสริมสุขภาพ เมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้รับผลจากการส่งเสริมสุขภาพ คือ มีความสุขที่ไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นภาระให้ลูกหลานเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว และสังคม ร่วมด้วยการรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย สามารถ เป็นแนวทางในการศึกษาและปฏิบัติ

ทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นพื้นฐานในการพัฒนา งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ยงยุทธ แก้วเต็ม (2552) ศึกษา กระบวนการดำเนินงานของชุมชนในการส่งเสริม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านกอกชุม อำเภอมือง จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากระบวนการดำเนินงานของชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านกอก ชุมอำเภอมือง จังหวัดลำปาง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การปฏิบัติ ตามนโยบายและการขับเคลื่อนของชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 27 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกระบวนการดำเนินงานของชุมชนใน การส่งเสริมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยขั้นตอนของ กระบวนการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยของการที่ชุมชนปฏิบัติตามนโยบายในการส่งเสริมการออก กกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนขั้นตอนการขับเคลื่อนของชุมชนมีคะแนนเฉลี่ย ของการขับเคลื่อน การประสานงานและการสนับสนุนของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

กุลทรัพย์ อ่างนิลพันธ์ (2555) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน บ้านเมืองกืด ตำบลกืดช้าง อำเภอมแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผล ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านเมืองกืด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและ หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 77 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และบันทึกการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างปลูกผักสวนครัว ไม้ผล และทำนาข้าว เหนียวเพื่อรับประทานเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตในการประกอบอาหารที่ปลอดภัย รับประทานอาหารรสชาติกลมกล่อมและปรุงอาหารเอง
- 2) ปัจจัยด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน กลุ่มตัวอย่างเดินไปทำไร่ ทำสวนและ ทำความสะอาดบ้านด้วยตนเองทุกวัน นอนประมาณ 8-9 ชั่วโมง/วัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพ ร่างกายแข็งแรงและมีอารมณ์ดี
- 3) ปัจจัยด้านการตรวจสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจ สุขภาพประจำปี โดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไป และการออกกำลังกาย
- 4) ปัจจัยการร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมทั้งด้านสุขภาพและ ศาสนาที่จัดขึ้นในชุมชนซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิต ไม่เครียด
- 5) ปัจจัยด้านรายได้และรายจ่าย กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล และมีบุตร หลานเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ

6) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างมีบ้านเป็นของตนเอง มีการจัดเก็บขยะมูลฝอยโดยการฝังกลบและการเดินทางสะดวก

ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย และเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้การดูแลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน อยู่ในระดับปานกลาง การร่วมกิจกรรมทางสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และการช้หน้าตนเอง อยู่ในระดับต่ำ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เมื่อจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สภาพการดูแลสุขภาพ และบทบาทในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. แบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลการวิจัย โดยปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การช้หน้าตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตนส่วนปัจจัยที่ส่งผลทางลบ และมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น และความรู้การดูแลสุขภาพ

ฐิตินันท์ นาคผู้ (2557) ได้ศึกษาการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระดับการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ 2. ศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน 3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพาตนเองโดยรวมได้มาก ในขณะที่การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2. ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ และรายได้แตกต่างกันมีความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และชนิดของโครงสร้าง

ครอบครัวแตกต่างกันมีความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 3. การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ สุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

เกสร มัยจิน (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตจังหวัดปทุมธานี จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามลักษณะทางประชากร (2) แบบสอบถามวิธีการจัดการปัญหา (ways of coping questionnaire, WOC) สร้างและพัฒนาโดย Folkman and Lazarus (1988) (3) แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2550 ของกรมสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่าระดับคะแนนค่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 43.48 คะแนน S.D. เท่ากับ 3.968 แปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) จำแนกออกเป็น ด้านปัจจัย 2 ปัจจัย พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.63 ซึ่งเป็นคะแนนระดับสุขภาพจิตที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.19 และ (2) สถานภาพสมรสโสด มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.92 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงที่สุด รองลงมาคือสถานภาพคู่ หย่าร้าง และหม้าย โดยมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.77, 43.40, และ 43.21 ตามลำดับ ทุกสถานภาพสมรสสามารถแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) นำมาหาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชนินทร์ งามแสง (2559) ได้ศึกษา การจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ปูน อำเภอยะผิง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและแนวทางการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ปูน อำเภอยะผิง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 245 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า

1) ผู้สูงอายุในตำบลไค้ปูน อำเภอยะผิง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และด้านพฤติกรรมการสุขภาพจิตที่อยู่อาศัย อยู่ในระดับสูง

2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

3) แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลไค้ปูน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องมีนโยบายที่ชัดเจน มีการจัดประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ

มีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้ต่อเนื่อง

ฉัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.7 รองลงมา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.7 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง คิดเป็นร้อยละ 1.6 และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1.แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 2.การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และ 3. ครอบครัว ญาติและเพื่อน

นิทรา กิจธีระวุฒิมวษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุจำนวน 360 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลโครงสร้างประชากร 2) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.8 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 97 อาศัยร่วมกับผู้อื่น แสดงให้เห็นว่าลักษณะครอบครัวของพื้นที่ที่ศึกษาเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานในสังคมไทยชนบทที่มีความใกล้ชิดกัน และส่วนใหญ่ร้อยละ 57.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งปฐมภูมิ คือ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ จึงสนใจดูแลสุขภาพ ด้วยการหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และพูดคุยแลกเปลี่ยนกับคนในครอบครัว ส่วนพฤติกรรมที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรมพักผ่อน โดยพบว่าคะแนนรายชื่อที่ได้น้อยที่สุด คือ การนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความชรา โดยสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมเหมือนเช่นอวัยวะอื่น ซึ่งลักษณะการนอนของผู้สูงอายุจะมีระยะเวลาของการนอนตอนกลางคืนจะลดลง ใช้เวลานานขึ้นหลังจากเข้านอนเพื่อที่จะหลับ ช่วงระยะที่หลับแบบตื่นจะยาวนาน ขณะที่ช่วงระยะที่หลับสนิทจริง ๆ จะลดลง ประกอบกับจะมีการตื่นขึ้นบ่อย ๆ กลางดึก กล่าวโดยสรุปว่าผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรม และการมีโรคประจำตัว มีความสำคัญส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามลำดับ

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว andรติพร ถึงฝั่ง (2559) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ รายได้ โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการศึกษายังได้เสนอแนะว่า ภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น

กิตติวงศ์ สาสวด (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 ราย ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ส่วนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 27 ราย ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาได้ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กัน หากร่างกายป่วย จิตใจก็ป่วยด้วย 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลซึ่งกันและกันและดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ และ 3) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ

กฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น อำเภอหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 225 คน ผลการวิจัยพบว่า

1) ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง

2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรสและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านการมีและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พงศธร ศิลาเงิน (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ที่ได้รับการคัดกรองจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จำนวน 238 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.5 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุการมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกิจกรรมของทางชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ



นามชัย กิตตินาคบัญชา (2560) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานะและความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย 2) ศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ต่างและร่วมกันส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความสามารถทางกายและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ส่งผลผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยอาศัยข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มเป้าหมายคือ คนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้ทำการถ่วงน้ำหนักด้วยโครงสร้างประชากรของประเทศ โดยตัวอย่างทั้งหมดหลังถ่วงน้ำหนักมีจำนวน 13,331 ราย ซึ่งเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ทางสถิติความถดถอยเชิงซ้อน และการทดสอบความเป็นตัวแปรแทรกกลาง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถทางกาย และสภาพแวดล้อมทางสังคม (จากครอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) ต่างมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งต่างมีอิทธิพลทางอ้อมทางบวกผ่านการมีส่วนร่วมทางสังคมไปสู่สุขภาพจิตที่ดีด้วย แต่สำหรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้านซึ่งมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความสามารถทางกาย ส่งผลให้มีผลทางลบต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคม จากรัฐ/ชุมชน/สังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรอบครัวมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

กาญจนา ดอล๊ะ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุและแนวทางการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลหัวเขา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยในตำบลหัวเขา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 280 คน โดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมการพึ่งพา ตนเองของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.20 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพกายโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.40 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.67 การพึ่งตนเองด้านสังคมโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.50 สำหรับแนวทางการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ

คือ การออกกำลังกาย ด้านจิตใจมีวิธีการ คือ การทำจิตใจให้สงบ ไม่คิดมาก และด้านสังคม คือ การพบปะเพื่อนกลุ่มเพื่อนและทำกิจกรรมร่วมกัน

กรณีการ การีสรรพ์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพของนัทปิมเป็นแนวทาง

ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 70 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและสุ่มตัวอย่างแบบเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจึงควรวางวิธีในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความรู้ที่มีวิจรรย์ญาณในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

ภมร ตรุณ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจังหวัดบึงกาฬที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 13,265 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบเรียงตามลำดับน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความ

เข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 ( $R^2=0.273$ )

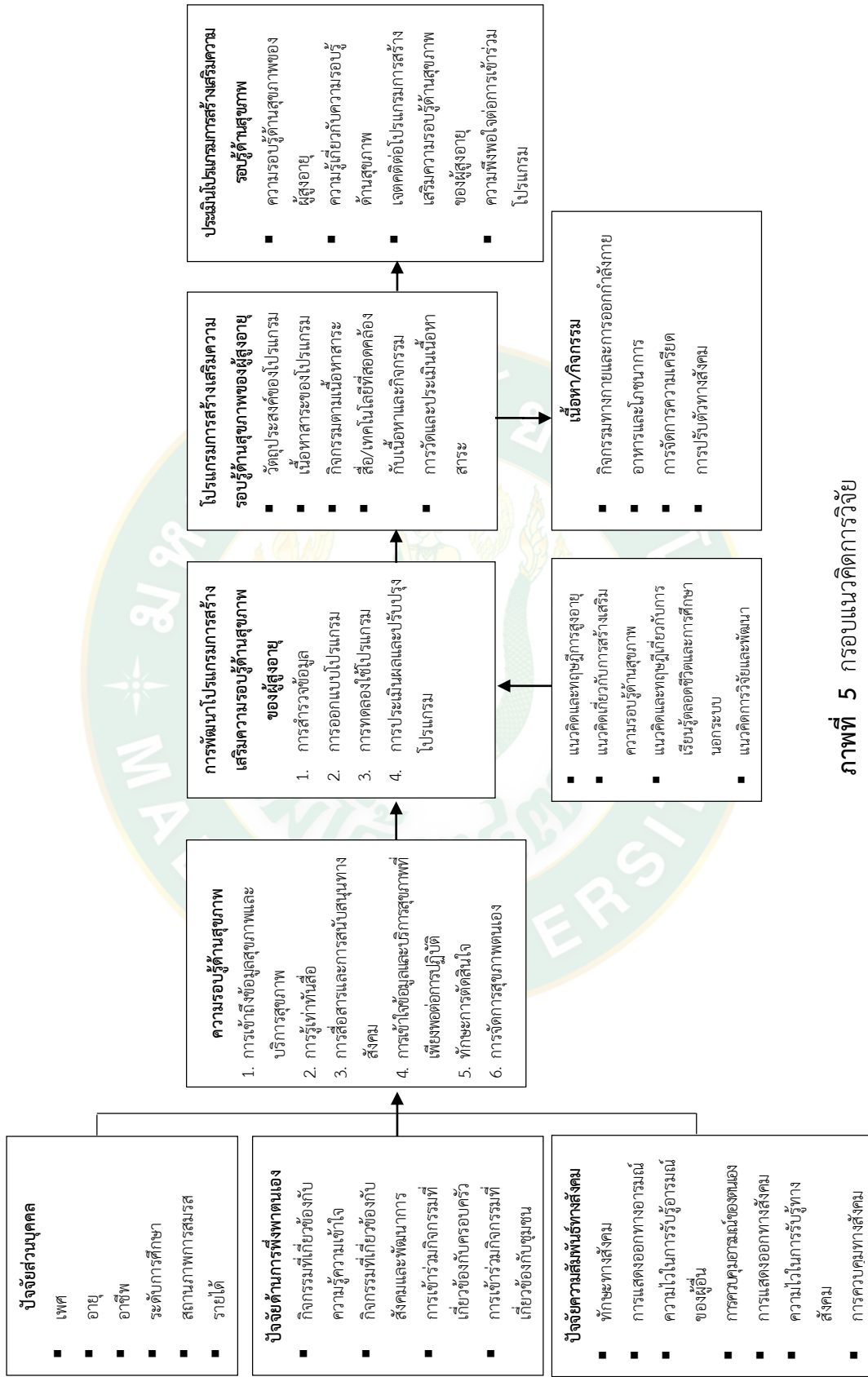
เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ (2562) ได้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี โดยมีการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 240 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.81 ข้อมูลเชิง ปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย วิธี Thematic Analysis ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=33.29$ ,  $SD=8.18$ ) และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นที่สื่อถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการทำหน้าที่ของบุคคล 2 ประเด็น คือ 1) มีสิ่งที่จะช่วยในการอ่านฉลากยา 2) มีสิ่งที่จะช่วยในการฟัง ในระดับการสื่อสาร พบ 5 ประเด็นดังนี้ 1) มีความรู้เรื่องโรค 2) หาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ 3) กิจกรรมและการสื่อสารในสังคมทำให้ได้ข้อมูล 4) สนใจข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และ 5) อยากรู้เรื่องแพทย์และยา และในระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่ามี ประเด็น ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปวีตรา ทองมา (2563) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต เป็นต้น ทั้งนี้ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในจำนวนนี้จำแนกเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณญาณ ร้อยละ 37.0 7.7 และ 54.5 ตามลำดับ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (พ.ศ. 2557) โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 19.57 เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ลดลงตามมา ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

เพิ่มความสามารถในการลด/ควบคุมความดันโลหิต ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการตาย ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยก่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว รวมถึงผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเป้าหมายในการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนให้ได้อยู่เสมอ

วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรื่องจุดีโธร์พาน (2562) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพของบุคคล อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลทุกช่วงวัยและทุกสภาวะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่จะต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชนและสังคม ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล เป็นผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชนหรือผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการสอน การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แก้ปัญหาความเจ็บป่วย บรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนั้นพยาบาลยังอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพ พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและผู้รับบริการเพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลทางสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง พยาบาลสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้ โดยการปฏิบัติบทบาทของผู้ประเมิน ผู้สื่อสารด้านสุขภาพ ผู้พัฒนาสื่อทางสุขภาพ ผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้กระตุ้นและผู้วิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบและแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยจึงพัฒนาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเองและปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และศึกษาระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำผลจากการศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีการสูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษานอกระบบ และแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 2) ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 3) พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ที่เหมาะสม 3.1) พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 3.2) ประเมินประสิทธิผลโปรแกรมต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

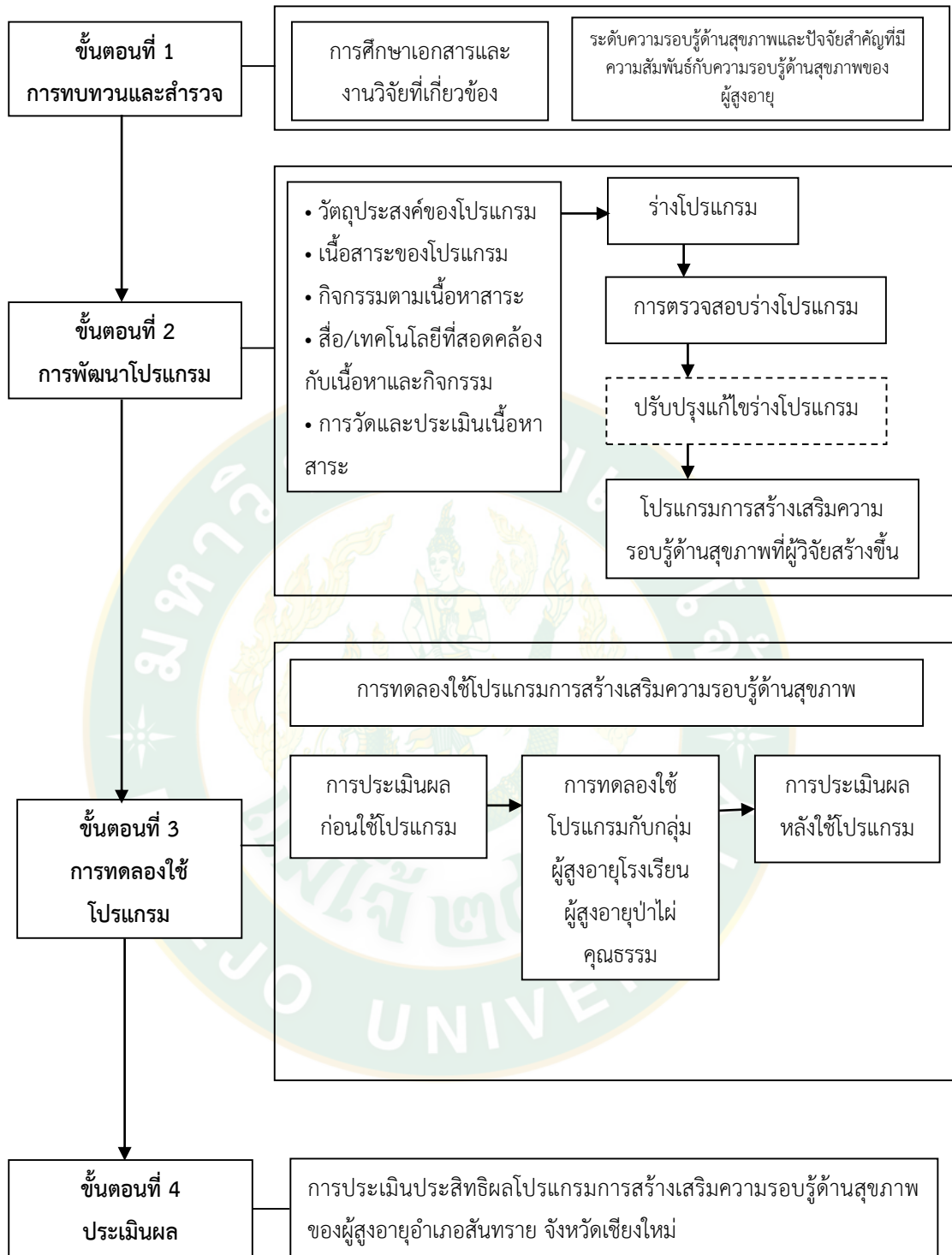
**ขั้นตอนที่ 1** เป็นระยะของการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

**ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยให้โปรแกรมมีความสอดคล้องกับข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การร่างโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การตรวจสอบ และการประเมินปรับปรุงโปรแกรม แล้วนำเอาโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและนำมาแก้ไขเพื่อนำไปทดลองใช้ต่อไป

**ขั้นตอนที่ 3** การทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

โดยผู้วิจัยนำเสนอขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม (หลักสูตร) แสดงดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

## ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาความรู้พื้นฐานเพื่อสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.3 ประชากร คือ ผู้สูงอายุของอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 13,029 คน (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์, 2559 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2560)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้สูงอายุของอำเภอสันทรายทั้งหมดโดยใช้สูตรของ Yamane (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 0.05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 388 คนตามสูตร

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดยที่  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน)  
 $N$  = จำนวนประชากรตัวอย่าง  
 $e$  = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

$$\begin{aligned} \text{ดังนั้น} \quad n &= \frac{N}{1 + N(e)^2} \\ &= \frac{13,029}{1 + 13,029(0.5)^2} \\ &= 388 \text{ คน} \end{aligned}$$



จากสูตร 
$$n_i = \frac{N_i n}{N}$$

โดยที่  $n_i$  หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$n$  หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (388 คน)

$N_i$  หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

$N$  หมายถึง จำนวนประชากร (13,029 คน)

ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล 388 ตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่

อันดับที่	ตำบล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง		
			ชาย	หญิง	รวม
1	สนทรายหลวง	2,485	7	67	74
2	สนทรายน้อย	772	4	19	23
3	สนพระเนตร	672	4	16	20
4	สนนาเมือง	806	4	20	24
5	สนป่าเปา	336	2	8	10
6	หนองแห่ียง	604	3	15	18
7	หนองจ้อม	739	4	18	22
8	หนองหาร	1,511	5	40	45
9	แม่แฝก	1,713	5	46	51
10	แม่แฝกใหม่	1,343	3	37	40
11	เมืองเส้น	369	2	9	11
12	ป่าไผ่	1,679	4	46	50
	<b>รวม</b>	<b>13,029</b>	<b>47</b>	<b>67</b>	<b>388</b>

1.4 การพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ

1) การสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและสร้างขึ้นเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

#### ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง

ระดับคะแนน	ความหมาย
4	ทำเองได้ทั้งหมด/ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
3	ทำเองได้เป็นส่วนใหญ่/ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน
2	ทำเองได้บ้างเล็กน้อย/ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่
1	ไม่สามารถทำได้เอง/ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

#### การแปลความหมาย

ช่วงคะแนน	ความหมาย
3.51 – 4.00	พึ่งพาตนเองได้สูง
2.51 – 3.50	พึ่งพาตนเองได้ปานกลาง
1.51 – 2.50	พึ่งพาตนเองได้น้อย
1.00 – 1.50	ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

**ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional expressivity) ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (Emotional sensitivity) การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Emotional control) การแสดงออกทางสังคม (Social expressivity) ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social sensitivity) และการควบคุมทางสังคม (Social control) คือ

ระดับคะแนน	ความหมาย
4	ปฏิบัติมากที่สุด
3	ปฏิบัติมาก
2	ปฏิบัติน้อย
1	ไม่ปฏิบัติ

#### การแปลความหมาย

ช่วงคะแนน	ความหมาย
3.51 – 4.00	มีทักษะทางด้านสังคมในระดับดีที่สุด
2.51 – 3.50	มีทักษะทางด้านสังคมในระดับดี
1.51 – 2.50	มีทักษะทางด้านสังคมในระดับน้อย
1.00 – 1.50	มีทักษะทางด้านสังคมในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรฐานประเมินค่า 3 ระดับ คือ (1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ (3) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิเคราะห์วิจารณ์ โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่มีมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ คือ

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	มากที่สุด
4	มาก
3	ปานกลาง
2	น้อย
1	น้อยที่สุด

#### การแปลความหมาย

ช่วงคะแนน	ความหมาย
4.51 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด
3.51 – 4.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก
2.51 – 3.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

1.51 – 2.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย
1.00 – 1.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด

1.5 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัย ไปทำการทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1) การทดสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Concurrence: IOC) เป็นการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทำการทดสอบแบบสอบถาม (Questionnaire) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน (รายชื่อดังภาคผนวก ค) ซึ่งมีเกณฑ์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกำหนดให้เลือกตอบ 3 ช่อง คือ

สอดคล้อง (+1) หมายถึง เห็นว่าข้อคำถามสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการถาม

ไม่แน่ใจ (0) หมายถึง ไม่สามารถสรุปได้ว่าข้อคำถามสอดคล้องหรือไม่กับประเด็นที่ต้องการถาม

ไม่สอดคล้อง (-1) หมายถึง เห็นว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับประเด็นคำถามที่ต้องการถาม

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Concurrence: IOC) ข้อคำถามที่ใช้ได้ต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (สุวิมล ติरणานนท์ 2549)

$$\text{สูตรการคำนวณ IOC} = \frac{\sum R}{n}$$

IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$  คือ ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการทดสอบแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้

แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเองได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.84 และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.82

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องในภาพรวมเท่ากับ 0.87

จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ความเห็นและดำเนินการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป

2) การทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองเครื่องมือ (Try-Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และอยู่ในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555)

ผลการทดสอบปรากฏว่า ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามด้านปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.931 และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.922

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.943

แบบสอบถามที่นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐาน ค่าความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐานถ้ามีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าแบบสอบถามเพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยแบบสอบถามมีความเชื่อมั่น อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้โดยผลจะมีความแม่นยำมีความน่าเชื่อถือหรือน่าเชื่อถือได้สูงจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป (สุวิมล ทิรกันันท์, 2549)

1.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 แหล่งข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaire) จากกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 388 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม

2) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ แหล่งข้อมูลที่ทำการศึกษาดังกล่าวได้มาจากการค้นคว้าเอกสารหนังสือ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเอกสารต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการสังเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป/ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคม และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis)

## ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วน คือ การร่างโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การตรวจสอบร่างโปรแกรมและปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม

### 2.1 การร่างโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหาสาระของโปรแกรม กิจกรรมตามเนื้อหาสาระ สื่อ/เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับเนื้อหาและกิจกรรม และการวัดประเมินเนื้อหาสาระ/กิจกรรม/สื่อ-เทคโนโลยี

1) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่มีต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยคาดหวังว่าเมื่อดำเนินการโปรแกรมตามจุดมุ่งหมายแล้วผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เนื้อหาสาระของโปรแกรมในการสร้างโปรแกรมนี้นี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเนื้อหาสาระประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการ การจัดการความเครียด การปรับตัวทางสังคม ให้สอดคล้องกับการเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และ (6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศดังตารางที่ 26 โดยในแต่ละด้านประกอบด้วย

2.1) จุดมุ่งหมายของหน่วยและจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

2.2) เนื้อหาสาระ เป็นเนื้อหาสาระที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.3) กิจกรรมเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยกำหนดให้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระ ได้แก่ การบรรยาย การปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม

2.4) สื่อ/เทคโนโลยี ต้องสอดคล้องกับเนื้อหาสาระ และกิจกรรม เช่น เอกสาร ใบความรู้ใบงาน เป็นต้น

2.5) การวัดและประเมินเนื้อหาสาระ/กิจกรรม/สื่อ-เทคโนโลยี กำหนดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหาสาระ กิจกรรม สามารถแบ่งได้ดังนี้

2.5.1) การประเมินก่อนการฝึกอบรม ได้แก่ การวัดความรู้ทาง ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการประเมินเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.5.2) การประเมินหลังการฝึกอบรม ได้แก่ การวัดความรู้ทาง ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการประเมินเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ของผู้สูงอายุ

## 2.2 การตรวจสอบร่างโปรแกรม

ขั้นตอนการประเมินโปรแกรมก่อนการนำไปใช้ เพื่อหาข้อบกพร่องที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขใน ด้านความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆของโปรแกรม โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญ สิ่งที่ต้องตรวจสอบ ได้แก่

1) ความเหมาะสมขององค์ประกอบของโปรแกรม เป็นการประเมินว่าองค์ประกอบ ต่าง ๆ ของโปรแกรม ได้แก่ วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ กิจกรรม สื่อ/เทคโนโลยี และการวัดและ ประเมินเนื้อหาสาระ/กิจกรรม/สื่อ-เทคโนโลยี เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

2) ความสอดคล้องของร่างโปรแกรม เป็นการประเมินว่าองค์ประกอบต่างๆของ โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมหรือไม่

3) ความสอดคล้องภายในของร่างโปรแกรม ได้แก่

3.1) ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของโปรแกรมกับเนื้อหาสาระของ โปรแกรม

3.2) ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมกับเนื้อหาสาระของ โปรแกรม

3.3) ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาสาระกับกิจกรรม

3.4) ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมกับวิธีการประเมิน

### 2.2.1 วิธีการตรวจสอบ

1) วิธีการตรวจสอบผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (รายชื่อ ดังภาคผนวก ค) โดยประเมินในด้านความเหมาะสมและความสอดคล้องของโปรแกรม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ

2.1) แบบประเมินร่างโปรแกรมและแบบประเมินหน่วยในโปรแกรม  
ใช้แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบประเมินความเหมาะสมของแต่ละองค์ประกอบของโปรแกรม  
เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	มากที่สุด
4	มาก
3	ปานกลาง
2	น้อย
1	น้อยที่สุด

การแปลความหมาย

ช่วงคะแนน	ความหมาย
4.51 – 5.00	มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด
3.51 – 4.50	มีความเหมาะสมในระดับมาก
2.51 – 3.50	มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง
1.51 – 2.50	มีความเหมาะสมในระดับน้อย
1.00 – 1.50	มีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด

โดยใช้แบบประเมินวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหาสาระของโปรแกรม  
กิจกรรมตามเนื้อหาสาระ สื่อ/เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับเนื้อหาและกิจกรรม และการวัดประเมิน  
เนื้อหาสาระ/กิจกรรม/สื่อ-เทคโนโลยี

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสอดคล้องของร่างโปรแกรมและเนื้อหาสาระ  
เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วน 3 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน	ความหมาย
3	สอดคล้อง
2	ไม่แน่ใจ
1	ไม่สอดคล้อง



การแปลความหมาย

ช่วงคะแนน	ความหมาย
2.51 – 3.00	มีสอดคล้อง
1.51 – 2.50	มีไม่แน่ใจ
1.00 – 1.50	มีไม่สอดคล้อง

โดยใช้แบบประเมินวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหาสาระของโปรแกรม กิจกรรมตามเนื้อหาสาระ สื่อ/เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับเนื้อหาและกิจกรรม และการวัดประเมิน เนื้อหาสาระ/กิจกรรม/สื่อ-เทคโนโลยี

### 2.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำร่างโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน (รายชื่อ ดังภาคผนวก ค) พิจารณา ตรวจสอบ และให้คำแนะนำ โดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวัดและประเมินผล ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน ผู้เชี่ยวชาญด้านการอบรม ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อและเทคโนโลยี

### 2.2.3 วิธีจัดทำข้อมูล

วิธีการจัดทำข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

- 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
- 2) ตั้งเกณฑ์ในการพิจารณา

2.1) วิธีการคิดคะแนนความเหมาะสมของร่างโปรแกรม โดยนำคำตอบมาให้คะแนนและหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	เห็นว่าร่างโปรแกรมนั้นมีเหมาะสมมากที่สุด
4	เห็นว่าร่างโปรแกรมนั้นมีเหมาะสมมาก
3	เห็นว่าร่างโปรแกรมนั้นมีเหมาะสมปานกลาง
2	เห็นว่าร่างโปรแกรมนั้นมีเหมาะสมน้อย
1	เห็นว่าร่างโปรแกรมนั้นมีเหมาะสมน้อยที่สุด

### 2.2) การแปลความหมายของความเหมาะสมของร่างโปรแกรม

ช่วงคะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	เหมาะสมมากที่สุด
3.50 – 4.49	เหมาะสมมาก
2.50 – 3.49	เหมาะสมปานกลาง
1.50 – 2.49	เหมาะสมน้อย
1.00 – 1.49	เหมาะสมน้อยที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์ของความเหมาะสมว่าความเห็นของผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป ถือว่าประเด็นนั้นมีความเหมาะสมไม่ต้องทำการปรับปรุง

2.3) การพิจารณาแบบตรวจสอบความสอดคล้องของร่างโปรแกรมเป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินว่าองค์ประกอบโปรแกรมสอดคล้องกัน ไม่แน่ใจ หรือไม่สอดคล้อง การพิจารณาความสอดคล้องใช้ดัชนีความสอดคล้อง โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555) จาก

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$  คือ ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.4) การแปลผลคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ

มีความเห็นว่า สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น +1

มีความเห็นว่า ไม่แน่ใจ กำหนดคะแนนเป็น 0

มีความเห็นว่า ไม่สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น -1

จากนั้นนำมาแทนค่าในสูตรดัชนีความสอดคล้อง ถ้าดัชนีความสอดคล้องโดยที่ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ถือว่า ใช้ได้ไม่ต้องปรับปรุงน้อยกว่า 0.5 ถือว่า ใช้ไม่ได้ต้องปรับปรุง

2.5) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการในสองลักษณะ คือ

2.5.1) ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความเหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.5.2) ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องโดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ใช้สถิติดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence : IOC)

2.6) การปรับปรุงโปรแกรม

2.6.1) จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบของโปรแกรมที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก คือ มีค่าเฉลี่ย 0.84 และความสอดคล้องของโปรแกรมมีค่าความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่าองค์ประกอบนั้นมีความสอดคล้องไม่ต้องทำการปรับปรุง

2.6.2) ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ถ้ามีข้อเสนอล้ำยคลึงกันมากกว่า 3 คนขึ้นไป อาจเพิ่มเติมในโปรแกรมโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นหลัก

### ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนนี้เป็น การนำโปรแกรมที่ได้ปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 เดือน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

#### 3.1 กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จำนวน 45 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม และสามารถที่จะประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง หรือสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่มีความผิดปกติหรือความพิการทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยินและการมองเห็น จนเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เป็นกลุ่มที่ติดสังคมและอาสาสมัครเข้าร่วมรับการฝึกอบรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

#### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้โปรแกรม

3.2.1) คู่มือวิทยากร

3.2.2) คู่มือผู้เข้าร่วมโปรแกรม

3.2.3) สื่อ/ เทคโนโลยี

3.2.4) แบบประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ประกอบด้วย

3.2.4.1) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ (1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ(3) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิเคราะห์วิจารณ์ โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่มีมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	มากที่สุด
4	มาก
3	ปานกลาง
2	น้อย
1	น้อยที่สุด

### การแปลความหมาย

ช่วงคะแนน	ความหมาย
4.51 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด
3.51 – 4.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก
2.51 – 3.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง
1.51 – 2.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย
1.00 – 1.50	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด

1.5 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัย ไปทำการทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1) การทดสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Concurrence: IOC) เป็นการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทำการทดสอบแบบสอบถาม (Questionnaire) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน (รายชื่อดังภาคผนวก ค) ซึ่งมีเกณฑ์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกำหนดให้เลือกตอบ 3 ช่อง คือ

สอดคล้อง (+1) หมายถึง	เห็นว่าข้อคำถามสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการถาม
ไม่แน่ใจ (0) หมายถึง	ไม่สามารถสรุปได้ว่าข้อคำถามสอดคล้องหรือไม่กับประเด็นที่ต้องการถาม
ไม่สอดคล้อง (-1) หมายถึง	เห็นว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับประเด็นคำถามที่ต้องการถาม

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Concurrence: IOC) ข้อคำถามที่ใช้ได้ต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (สุวิมล ติरणานท์, 2549)

$$\text{สูตรการคำนวณ IOC} = \frac{\sum R}{n}$$

IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$  คือ ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการทดสอบแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องในภาพรวมเท่ากับ 0.87

2) การทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองเครื่องมือ (Try-Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และอยู่ในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

ผลการทดสอบปรากฏว่า ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.943

แบบสอบถามที่นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐาน ค่าความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐานถ้ามีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าแบบสอบถามเพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยแบบสอบถามมีความเชื่อมั่น อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้โดยผลจะมีความแม่นยำมีความน่าเชื่อถือหรือน่าเชื่อถือได้สูงจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป (สุวิมล ติรกานนท์, 2548)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วย

2) สร้างแบบวัด แบบ 2 ตัวเลือก (ถูก-ผิด) มีวิธีการให้คะแนนเป็นรายข้อ คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

3) ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดโดย

3.1) หาความเที่ยงตรงของแบบวัด โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วยและโปรแกรม (index of item-objective congruence : IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.83

3.2) หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 หรือ KR-20 (Kuder-Richardson 20 ; KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

## 3.2.4.3) แบบวัดเจตคติต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

- 1) สร้างแบบประเมินเจตคติต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
- 2) นำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
- 3) ปรับปรุงแบบประเมินเจตคติตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและคุณภาพของแบบวัดเจตคติ
- 4) เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินเจตคติต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มาตรวัดเจตคติที่มีข้อความทางบวก

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

มาตรวัดเจตคติที่มีข้อความทางลบ

เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	1	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้กำหนดคะแนนไว้ดังนี้

## การแปลความ

ช่วงคะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีเจตคติมากที่สุด
3.50 – 4.49	มีเจตคติมาก
2.50 – 3.49	มีเจตคติด้านกลาง
1.50 – 2.49	มีเจตคติน้อย
1.00 – 1.49	มีเจตคติน้อยที่สุด

3.2.4.4) การหาคุณภาพของแบบประเมินเจตคติต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1) หาความเที่ยงตรงของแบบประเมิน โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน (รายชื่อดังภาคผนวก ค) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วยและโปรแกรม (index of item-objective congruence : IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.83

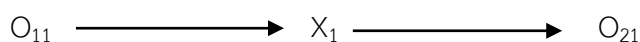
2) หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach  $\alpha$  - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.834

3.2.4.5) แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ในประเด็น เนื้อหาสาระ วิทยากร กระบวนการ สื่อ-เทคโนโลยีที่ใช้ สถานที่ การอำนวยความสะดวก ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการดำเนินการทดลอง

### 3.3 แบบแผนการทดลองการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองนี้ใช้แบบแผนการทดลองแบบ Pre-Experimental แบบ One Group Pre-test Post-test Design มุ่งเน้นการดำเนินการทดลองกับกลุ่มการทดลองเพียงกลุ่มเดียว โดยดำเนินการกับผู้เข้าร่วมการทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งแบบแผนการทดลองออกเป็น 3 แบบ ได้แก่

3.3.1) แบบแผนการทดลองด้านความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

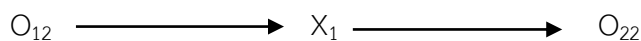


โดยที่  $X_1$  แทน โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

$O_{11}$  แทน การวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง (Pre-test)

$O_{21}$  แทน การวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลอง (Post-test)

3.3.2) แบบแผนการทดลองเจตคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ



โดยที่  $X_1$  แทน โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
 $O_{12}$  แทน การประเมินเจตคติของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง (Pre-test)  
 $O_{22}$  แทน การประเมินเจตคติของผู้สูงอายุหลังการทดลอง (Post-test)

3.3.3) แบบแผนการทดลองความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ



โดยที่  $X_1$  แทน โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
 $O_{13}$  แทน การประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง (Pre-test)  
 $O_{23}$  แทน การประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลอง (Post-test)

3.3.4) แบบแผนการทดลองความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ



โดยที่  $X_1$  แทน โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
 $O_{24}$  แทน ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการทดลอง (Post-test)

### 3.4 วิธีดำเนินการทดลอง

1) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จำนวน 45 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม และสามารถที่จะประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง หรือสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่มีความผิดปกติหรือความพิการทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยินและการมองเห็น จนเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และอาสาสมัครเข้าร่วมรับการฝึกอบรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น



2) ก่อนทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยทำการวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติของผู้สูงอายุต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลองตามรูปแบบที่กำหนด (Pretest) โดยทำการทดสอบโดยใช้เครื่องมือดังนี้ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินเจตคติต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

3) ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น

4) หลังทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยทำการวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติของผู้สูงอายุต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หลังการทดลองตามรูปแบบที่กำหนด (Protest) โดยทำการทดสอบโดยใช้เครื่องมือ ดังนี้ แบบวัดความรู้ความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินเจตคติต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5) เปรียบเทียบผลการวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติของผู้สูงอายุต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติของผู้สูงอายุต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ t-test dependent

#### ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง

การทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พัฒนา/สร้างขึ้น ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 4 เดือน หรือ 16 สัปดาห์ (เดือนกันยายน 2563 – มกราคม 2564)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลได้จากแบบสอบถาม
2. ข้อมูลที่ได้จากการทดสอบโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินเจตคติต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test Dependent)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของเจตคติต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test Dependent)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test Dependent)

### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากคะแนนจากการวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการพิจารณาผลคะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่” เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการและทำการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 388 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ตอน ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยให้โปรแกรมมีความสอดคล้องกับข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การร่างโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การตรวจสอบ และการประเมินปรับปรุงโปรแกรม แล้วนำเอาโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและนำมาแก้ไขเพื่อนำไปทดลองใช้ต่อไป

ตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

4.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

4.2 ผลการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการวิจัยในแต่ละตอนแสดงรายละเอียดดังนี้

## ตอนที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือ ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จาก 12 ตำบล จำนวน 388 คน โดยผลการวิจัยปรากฏดังนี้

### 1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จาก 12 ตำบล จำนวน 388 คน ผลการศึกษาลักษณะทั่วไปมีดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบว่ามีเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.9 มีเพียงร้อยละ 12.1 ที่เป็นเพศชาย

ด้านอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.40 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี รองลงมา ร้อยละ 12.90 มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มีเพียงร้อยละ 5.70 ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และโดยเฉลี่ย ผู้สูงอายุอำเภอสันทรายมีอายุเท่ากับ 65.80 ปี

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.8 รองลงมาจบการศึกษาระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.4 การศึกษาระดับมัธยมปลาย คิดเป็นร้อยละ 18.3 และจบการศึกษาระดับมัธยมต้นน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.4 ตามลำดับ

ด้านสถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานะภาพแต่งงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือเป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 22.2 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 15.7 สถานภาพหย่า คิดเป็นร้อยละ 8.2 และสถานะภาพแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

สำหรับอาชีพก่อนเกษียณ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมารับราชการ คิดเป็นร้อยละ 21.9 ทำงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 16.0 และอาชีพค้าขาย คิดเป็น 9.5 ตามลำดับ ในส่วนของอาชีพหลังเกษียณอายุพบว่าผู้สูงอายุมีอาชีพค้าขายสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.3 เป็นผู้ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 32.7 เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 26.5 และงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ตามลำดับ

ในส่วนของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 82.70 รองลงมาได้ 6,001-9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.70 และมีรายได้มากกว่า 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.90 มีเพียงร้อยละ 4.60 ที่มีรายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท

นอกจากนี้ ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 26.5 โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด คิดเป็นร้อยละ 20.4 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 4.4 โรคหัวใจและโรคกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 2.1 โรคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 1.5 และโรคไตกับโรคเก๊าท์ คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ แสดงลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	47	12.10
หญิง	341	87.90
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>
<b>อายุ</b>		
60 – 69 ปี	316	81.40
70 – 79 ปี	50	12.90
80 ปีขึ้นไป	22	5.70
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>
ค่าต่ำสุด = 60    ค่าสูงสุด = 82    ค่าเฉลี่ย = 65.80    ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.78		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	213	54.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	4.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	71	18.30
อุดมศึกษา	87	22.40
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>
<b>สถานภาพ</b>		
แต่งงาน	207	53.40
โสด	61	15.70
หย่า	32	8.20
หม้าย	86	22.20
แยกกันอยู่	2	0.50
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพก่อนเกษียณ</b>		
รับราชการ	85	21.90
เอกชน	62	16.00
เกษตรกรรม	204	52.60
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	9.50
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>
<b>อาชีพหลังเกษียณ</b>		
เอกชน	17	4.40
เกษตรกรรม	103	26.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	141	36.30
ไม่ได้ทำงาน	127	32.70
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>
<b>รายได้</b>		
ไม่เกิน 3,000 บาท	321	82.70
3,001 - 6,000 บาท	18	4.60
6,001 - 9,000 บาท	26	6.70
มากกว่า 9,000 บาท	23	5.90
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	159	41.00
โรคความดันโลหิตสูง	103	26.50
โรคไขมันในเลือดสูง	79	20.40
โรคเบาหวาน	17	4.40
โรคหัวใจ	8	2.10
โรคกระดูกและข้อ	8	2.10
โรคไต	4	1.00
โรคเก๊าท์	4	1.00
อื่นๆ	6	1.50
<b>รวม</b>	<b>388</b>	<b>100</b>

## 2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการพึ่งพาตนเองและปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จาก 12 ตำบล จำนวน 388 คน เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และด้านปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า

### 2.1 ด้านการพึ่งพาตนเอง

จากการวิเคราะห์ผลทางด้านปัจจัยการพึ่งพาตนเอง จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว และด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยการพึ่งพาตนเองอยู่ในช่วงคะแนน 3.51 - 4.00 โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.77 แปลความได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีด้านปัจจัยการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับสูง เรียงตามลำดับดังนี้ ได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม

ปัจจัยการพึ่งพาตนเอง	ระดับการพึ่งพาตนเอง			
	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย	อันดับ ที่
1 ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ	3.67	0.53	สูง	5
2 ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ	3.70	0.61	สูง	4
3 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน	3.72	0.53	สูง	3
4 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	3.79	0.50	สูง	2
5 ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง	3.96	0.17	สูง	1
<b>รวม</b>	<b>3.77</b>	<b>0.47</b>	<b>สูง</b>	

จากการวิเคราะห์ผลทางด้านปัจจัยการพึ่งพาตนเองทั้ง 5 ด้านในภาพรวม เมื่อนำมาพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

### 1) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ

ปัจจัยการพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พึ่งพาตนเองได้สูง หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.69 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ

ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ	ระดับการพึ่งพาตนเอง		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
1. ท่านสามารถจัดการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	3.68	0.50	สูง
2. ท่านบันทึกการใช้จ่ายประจำวัน	3.60	0.87	สูง
3. ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง	3.60	0.55	สูง
4. ท่านสามารถจัดยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อได้เอง	3.97	0.21	สูง
5. ท่านจดจำบทสวดมนต์และสามารถท่องได้	3.61	0.59	สูง
6. ท่านจำเทศกาลสำคัญต่าง ๆ ได้ เช่น เทศกาลสงกรานต์ วันลอยกระทง วันเข้าพรรษา เป็นต้น	3.72	0.47	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.69</b>	<b>0.53</b>	<b>สูง</b>

### 2) ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ

ปัจจัยการพึ่งพาตนเองด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พึ่งพาตนเองได้สูง หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.70 รายละเอียดดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ

ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ	ระดับการพึ่งพาตนเอง		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
7.ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในเทศกาลต่างๆได้ เช่น งานทำบุญ วันสงกรานต์ เป็นต้น	3.82	0.45	สูง
8.ท่านสามารถอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข	3.94	0.27	สูง
9.ท่านมีการติดต่อสื่อสารกับเพื่อน ๆ เป็นประจำ	3.75	0.48	สูง
10.ท่านสามารถกิจกรรมที่ตนเองถนัดหรือสนใจได้ เช่น ทำสวน เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น	3.57	0.94	สูง
11.ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานที่ท่องเที่ยว ได้ด้วยตนเอง	3.37	0.90	ปานกลาง
12.ท่านสามารถค้นหาสถานที่เพื่อการผ่อนคลายความเครียด หรือพักผ่อนด้วยตนเองได้	3.74	0.64	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.70</b>	<b>0.61</b>	<b>สูง</b>

### 3) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

ปัจจัยการพึ่งพาตนเองด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พึ่งพาตนเองได้สูง หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.72 รายละเอียดดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน	ระดับการพึ่งพาตนเอง		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
13.ท่านสามารถไปซื้อของในตลาดหรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง	3.87	0.41	สูง
14.ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่น ๆ ในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น	3.85	0.42	สูง
15.ท่านสามารถชักจูงให้ผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนได้	3.79	0.49	สูง
16.ท่านเป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมของชุมชน	3.59	0.55	สูง
17.ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในสถานที่นอกชุมชนได้	3.71	0.60	สูง
18.ท่านให้ความร่วมมือในการจัดงานของเทศกาลสำคัญต่าง ๆ ของชุมชน	3.56	0.73	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.72</b>	<b>0.53</b>	<b>สูง</b>

#### 4) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ปัจจัยการพึ่งพาตนเองด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พึ่งพาตนเองได้สูง หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.79 รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	ระดับการพึ่งพาตนเอง		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปลความหมาย
19.ท่านสามารถทำงานบ้านต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น	3.84	0.48	สูง
20.ท่านสามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวได้	3.76	0.55	สูง
21.ท่านสามารถทำหน้าที่แจ้งข้อมูลให้กับหน่วยงานของรัฐเมื่ออยู่ที่บ้านคนเดียวได้ เช่น การให้ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากร	3.76	0.59	สูง
22.ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำค่าไฟด้วยตนเองได้	3.74	0.55	สูง
23.ท่านสามารถไปขอรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง	3.78	0.48	สูง
24.ท่านทำหน้าที่ดูแลครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย	3.87	0.38	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.79</b>	<b>0.50</b>	<b>สูง</b>

#### 5) ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

ปัจจัยการพึ่งพาตนเองด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พึ่งพาตนเองได้สูง หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.96 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลตนเอง	ระดับการพึ่งพาตนเอง		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
25. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง	3.92	0.29	สูง
26. ท่านสามารถทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า เป็นต้น	3.91	0.31	สูง
27. ท่านสามารถลุกขึ้นจากเก้าอี้ เติงนอนได้ด้วยตนเอง	3.97	0.21	สูง
28. ท่านสามารถเข้า-ออกห้องน้ำได้ด้วยตนเอง	3.97	0.21	สูง
29. ท่านสามารถเคลื่อนที่หรือเดินไปตามที่ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	3.99	0.07	สูง
30. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ด้วยตนเอง	3.99	0.07	สูง
31. ท่านสามารถเดินขึ้น - ลงบันไดได้ด้วยตนเอง	3.99	0.07	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.96</b>	<b>0.17</b>	<b>สูง</b>

## 2.2 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

สำหรับการวิเคราะห์ผลด้านปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม โดยใช้หลักเกณฑ์คะแนน และการแปลความหมาย ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การแสดงออกทางอารมณ์ 3 ข้อ ความไวในการรับรู้  
อารมณ์ของผู้อื่น 3 ข้อ การควบคุมอารมณ์ของตนเอง 3 ข้อ การแสดงออกทางสังคม 3 ข้อ ความไว  
ในการรับรู้ทางสังคม 4 ข้อ และการควบคุมทางสังคม 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า  
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงคะแนน 2.51 – 3.50 โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.37 แปล  
ความได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีด้านปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมหรือมีทักษะในด้านสังคมใน  
ภาพรวมอยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับดังนี้ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ การควบคุมทางสังคม  
ความไวในการรับรู้ทางสังคม การแสดงออกทางสังคม การควบคุมอารมณ์ของตนเอง และความไวใน  
การรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม

ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคม	ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม			
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย	อันดับที่
1 การแสดงออกทางอารมณ์	3.78	0.32	ดีที่สุด	1
2 ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น	3.08	0.88	ดี	6
3 การควบคุมอารมณ์ของตนเอง	3.23	0.87	ดี	5
4 การแสดงออกทางสังคม	3.25	0.83	ดี	4
5 ความไวในการรับรู้ทางสังคม	3.31	0.82	ดี	3
6 การควบคุมทางสังคม	3.39	0.79	ดี	2
<b>รวม</b>	<b>3.37</b>	<b>0.75</b>	<b>ดี</b>	

จากการวิเคราะห์ผลทางด้านปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมทั้ง 6 ด้านในภาพรวมเมื่อนำมาพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์

ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะทางด้านสังคมในการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับดีที่สุด โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.78 รายละเอียดดังตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์

การแสดงออกทางอารมณ์	ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
1. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่กับผู้อื่น	3.99	0.07	ดีที่สุด
2. ท่านแสดงท่าทางเมื่อท่านรู้สึก ดีใจ เสียใจ โกรธ	3.93	0.25	ดีที่สุด
3. เมื่อท่านต้องการรู้จักบุคคลหนึ่ง ท่านจะแสดงท่าทางกระตือรือร้นเพื่อแสดงความต้องการ	3.42	0.64	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.78</b>	<b>0.32</b>	<b>ดีที่สุด</b>

## 2) ด้านความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น

ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะทางด้านสังคมในเรื่องความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น อยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.08 รายละเอียดดังตารางที่ 11

**ตารางที่ 11** ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น

ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น	ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
4. ท่านมักสังเกตท่าทางการแสดงออก หรือ การพูดของบุคคลที่ท่านปฏิสัมพันธ์ด้วย	3.29	0.85	ดี
5. ท่านสามารถรับรู้ถึงอารมณ์ของบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจากการสังเกตการแสดงออก	2.86	0.86	ดี
6. ท่านสามารถทราบถึงความต้องการของบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วยต้องการสื่อความหมาย	3.09	0.93	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.08</b>	<b>0.88</b>	<b>ดี</b>

## 3) ด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง

ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะทางด้านสังคมในการควบคุมอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.23 รายละเอียดดังตารางที่ 12

**ตารางที่ 12** ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง

การควบคุมอารมณ์ของตนเอง	ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปล ความหมาย
7.เมื่อท่านรู้สึกโกรธ หรือ โมโห ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ ของตนเองได้	3.19	0.92	ดี
8.ท่านสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ ถึงแม้ท่านจะรู้สึก ไม่พึงพอใจ	3.19	0.92	ดี
9.ท่านมักจะสังเกตอารมณ์ของบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วย	3.33	0.79	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.23</b>	<b>0.87</b>	<b>ดี</b>

#### 4) ด้านการแสดงออกทางสังคม

ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านการแสดงออกทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะการแสดงออกทางสังคมอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.25 รายละเอียดดังตารางที่ 13

**ตารางที่ 13** ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านการแสดงออกทางสังคม

การแสดงออกทางสังคม	ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปล ความหมาย
10.ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับ สถานการณ์ปัจจุบันได้	3.40	0.69	ดี
11.ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับชุมชนได้	3.21	0.91	ดี
12.ท่านสามารถไปร่วมงานต่าง ๆ ของชุมชนได้โดยไม่มีข้อ ขัดแย้งในใจ	3.15	0.89	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.25</b>	<b>0.83</b>	<b>ดี</b>

### 5) ด้านความไวในการรับรู้ทางสังคม

ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านความไวในการรับรู้ทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในเรื่องความไวในการรับรู้ทางสังคมอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.31 รายละเอียดดังตารางที่ 14

**ตารางที่ 14** ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านความไวในการรับรู้ทางสังคม

ความไวในการรับรู้ทางสังคม	ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปลความหมาย
13. ท่านสามารถสื่อสารกับบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ได้อย่างเข้าใจ	3.18	0.90	ดี
14. ท่านสามารถเข้าใจในภาษาที่บุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วย	3.46	0.76	ดี
15. ท่านสามารถเข้าใจในภาษาที่บุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วยแสดงออก	3.42	0.68	ดี
16. ท่านมักสังเกตปฏิกิริยาหรือการแสดงออกของผู้ที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วย	3.21	0.96	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.31</b>	<b>0.82</b>	<b>ดี</b>

### 6) ด้านการควบคุมทางสังคม

ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านการควบคุมทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการควบคุมทางสังคมอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.39 รายละเอียดดังตารางที่ 15



ตารางที่ 15 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านการควบคุมทางสังคม

การควบคุมทางสังคม	ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
17. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งในใจ	3.26	0.90	ดี
18. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน	3.34	0.66	ดี
19. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนที่ท่านมีความถนัดหรือมีความสามารถ เช่น การตัดตุ่ง การจัดดอกไม้ เป็นต้น	3.41	0.77	ดี
20. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ท่านสามารถควบคุมตนเองได้	3.58	0.84	ดีที่สุด
<b>รวม</b>	<b>3.39</b>	<b>0.79</b>	<b>ดี</b>

**ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง และสามารถชี้แนะการมีสุขภาพส่วนบุคคลที่ดีแก่ครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลดูแลสุขภาพตนเองและคนรอบข้างให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ทำการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 388 คน โดยทำการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.64 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับ คือ ทักษะการตัดสินใจ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การจัดการสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารและ

การสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ มีเพียงด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ที่มีระดับความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 16

**ตารางที่ 16** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้			
	$\bar{x}$	S.D.	การแปล ความหมาย	อันดับ ที่
1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.96	0.97	ปานกลาง	6
2 การรู้เท่าทันสื่อ	3.72	1.15	ดี	4
3 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	3.66	1.08	ดี	5
4 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ การปฏิบัติ	3.83	0.92	ดี	2
5 ทักษะการตัดสินใจ	3.90	0.92	ดี	1
6 การจัดการสุขภาพตนเอง	3.75	0.92	ดี	3
<b>รวม</b>	<b>3.64</b>	<b>0.99</b>	<b>ดี</b>	

จากการวิเคราะห์ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ทั้ง 6 ด้านในภาพรวม เมื่อนำมาพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

### 1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.96 รายละเอียดดังตารางที่ 17

**ตารางที่ 17** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระดับความรอบรู้		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปลความหมาย
1 ฉันสามารถค้นหาข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น	1.68	0.79	น้อย
2 ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพใหม่ ๆ เสมอ เพื่อฉันจะได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี	1.68	0.69	น้อย
3 ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะช่วยให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพของฉัน	3.20	1.22	ปานกลาง
4 ฉันสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเวลาเมื่อต้องการ	3.48	1.40	ปานกลาง
5 ฉันสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาที่ฉันหรือคนในครอบครัวของฉันเป็นอยู่	3.83	0.70	ดี
6 ฉันมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของฉัน	3.86	1.03	ดี
<b>รวม</b>	<b>2.96</b>	<b>0.97</b>	<b>ปานกลาง</b>

## 2. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ในด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.72 รายละเอียดดังตารางที่ 18

**ตารางที่ 18** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

	การรู้เท่าทันสื่อ	ระดับความรอบรู้		
		$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
7	ฉันมีความรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ได้เป็นอย่างดี	3.33	1.23	ปานกลาง
8	ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จากสื่อ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ(application) และสื่อออนไลน์ (facebook,line)	3.83	1.05	ดี
9	ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสาร แผ่นพับ หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษา สุขภาพได้	3.81	1.32	ดี
10	ฉันรู้และเข้าใจในคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพและ สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง	3.47	1.45	ปานกลาง
11	เมื่อมีข้อมูลด้านสุขภาพใหม่เข้ามาฉันจะตรวจสอบความ ถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำ ตาม	3.82	1.10	ดี
12	ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อ ยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่น ต่อ	4.04	0.76	ดี
	<b>รวม</b>	<b>3.72</b>	<b>1.15</b>	<b>ดี</b>

### 3. ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้าน  
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ใน  
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.66  
รายละเอียดดังตารางที่ 19

**ตารางที่ 19** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอ  
สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม

	การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความรอบรู้		
		$\bar{x}$	S.D.	การแปลความหมาย
13	เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพ ที่สามารถให้ข้อมูลและให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับฉันได้	3.54	1.09	ดี
14	ฉันสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความรู้และความสนใจด้านสุขภาพเหมือนกันได้	3.41	1.18	ปานกลาง
15	ฉันมั่นใจว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะเข้าใจฉัน เมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกับฉัน	3.70	1.04	ดี
16	ฉันซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น	3.81	1.09	ดี
17	ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่นเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพนั้นได้	3.64	1.06	ดี
18	ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่นเชื่อในในข้อมูลด้านสุขภาพนั้นได้	3.85	1.03	ดี
	<b>รวม</b>	<b>3.66</b>	<b>1.08</b>	<b>ดี</b>

#### 4. ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ในด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.83 รายละเอียดดังตารางที่ 20

**ตารางที่ 20** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ  
ต่อการปฏิบัติ

	การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติ	ระดับความรอบรู้		
		$\bar{x}$	S.D.	การแปล ความหมาย
19	ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพตนเองเมื่อ ยามเจ็บป่วยได้	3.61	1.05	ดี
20	ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริม และป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองได้	3.50	1.05	ปานกลาง
21	ฉันตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพตนเอง และ จะทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้	4.03	0.70	ดี
22	ถึงแม้ว่าจะมีภารกิจมาก ฉันยังมีเวลาทำกิจกรรมที่จำเป็น เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง	4.00	0.72	ดี
23	ฉันหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจตนเอง เพื่อ คอยกำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น	3.98	0.90	ดี
24	ฉันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ฉันอยู่ในสถานที่ เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้	3.87	1.15	ดี
<b>รวม</b>		<b>3.83</b>	<b>0.92</b>	<b>ดี</b>

#### 5. ด้านทักษะการตัดสินใจ

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่  
ด้านทักษะการตัดสินใจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ในด้านทักษะ  
การตัดสินใจอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.90 รายละเอียดดังตารางที่ 21

**ตารางที่ 21** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านทักษะการตัดสินใจ

ทักษะการตัดสินใจ	ระดับความรอบรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
25 ฉันสามารถตัดสินใจออกกำลังกาย หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม	3.81	1.04	ดี
26 ฉันสามารถตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหาร หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร/โภชนาการที่เหมาะสมกับวัย	3.85	0.78	ดี
27 เมื่อเกิดความเครียด ท่านมีวิธีการคลายความเครียด หลังจากได้รับข้อมูลการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม	4.01	0.93	ดี
28 ฉันสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ หลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	3.87	1.30	ดี
29 ฉันสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หลังได้รับข้อมูลเรื่องประโยชน์และการใช้ที่เหมาะสม	3.67	0.73	ดี
30 ฉันสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่มีส่งผลเสียต่อตัวเองและคนรอบข้างน้อยที่สุด	4.19	0.76	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.90</b>	<b>0.92</b>	<b>ดี</b>

#### 6. ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ในด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.75 รายละเอียดดังตารางที่ 22

**ตารางที่ 22** ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง

การจัดการสุขภาพตนเอง	ระดับความรอบรู้		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปลความหมาย
31 ฉันตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพทุกครั้ง	3.49	1.21	ปานกลาง
32 ฉันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับทุกครั้ง	3.47	1.36	ปานกลาง
33 ฉันมักจะเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการจากแหล่งข้อมูลหลาย ๆ แหล่งเพื่อความถูกต้องของข้อมูล	3.85	0.70	ดี
34 ฉันมักจะเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีที่สุดจากแหล่งข้อมูลหลาย ๆ แหล่ง	3.84	0.77	ดี
35 ฉันสามารถบอกถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือสูงแก่บุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น	3.99	0.81	ดี
36 ฉันมักจะพูดคุยข้อมูลด้านสุขภาพใหม่ ๆ ที่น่าเชื่อถือสูงกับบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี	3.86	0.72	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.75</b>	<b>0.92</b>	<b>ดี</b>

**ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**

ในการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการวิเคราะห์เป็น 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาเป็นอิสระต่อกัน



หรือไม่ หากตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือไม่เป็นอิสระต่อกันทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุในตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และตรวจสอบการเกิดปัญหาการมีอัตราสหสัมพันธ์ (Autocorrelation or Serial correlation) ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าจะต้องเป็นอิสระต่อกันเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์การถดถอย และขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยใช้วิธีการ Enter สำหรับปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์มีดังนี้

Sex	=	เพศ
Age	=	อายุ
Disease	=	โรคประจำตัว
Edu	=	ระดับการศึกษา
Income	=	รายได้
Self	=	ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง
Soc	=	ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
HL	=	ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม
HL1	=	ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
HL2	=	ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ
HL3	=	ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม
HL4	=	ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
HL5	=	ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ
HL6	=	ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรอิสระ

	Sex	Age	Disease	Edu	Income	Self	Soc
Sex	1						
Age	-.012	1					
Disease	-.253**	.304**	1				
Edu	-.098	.088	.208**	1			
Income	-.095	.071	.273**		1		
Self	-.077	-.140**	-.073	.048	-.056	1	
Soc	.253**	.049	.08	.312**	.144**	.310**	1

หมายเหตุ \*P < 0.05, \*\*P < 0.01

จากตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ พบว่ามีตัวแปรอิสระบางคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงขนาดความสัมพันธ์แล้วพบว่า มีทั้งสัมพันธ์ทางบวกและทางลบ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์พบว่า มีทั้งในส่วนที่สัมพันธ์กันและไม่สัมพันธ์กัน แต่ไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (มากกว่า .80) ซึ่งจะเป็นการฝ่าฝืนข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอย (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2536) และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ข้างต้น พบว่ามีตัวแปรอิสระบางคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงขนาดความสัมพันธ์แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กันไม่สูงนักแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเอาตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัวไปทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis)

### 1. ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยเพศ (Sex) อายุ (Age) รายได้ (Income) ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม (HL) ได้ร้อยละ 45.3 ( $F = 44.879$   $P < 0.05$   $R^2 = 0.453$ )

สำหรับ ปัจจัยโรคประจำตัว (Disease) และระดับการศึกษา (Edu) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ได้ และเมื่อพิจารณารายละเอียดรายด้าน ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

#### 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศ (Sex) และปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (HL1) ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (HL1) ได้ร้อยละ 29.3 ( $F = 22.503$   $P < 0.05$   $R^2 = 0.293$ ) สำหรับปัจจัย อายุ (Age) โรคประจำตัว (Disease) รายได้ (Income) ระดับการศึกษา (Edu) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้

## 2) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเพศ (Sex) อายุ (Age) รายได้ (Income) ระดับการศึกษา (Edu) ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการรู้เท่าทันสื่อ (HL2) ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรู้เท่าทันสื่อ (HL2) ได้ร้อยละ 40.8 ( $F= 37.469$   $P<0.05$   $R^2= 0.408$ ) สำหรับปัจจัยโรคประจำตัว (Disease) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการรู้เท่าทันสื่อได้

## 3) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยปัจจัยเพศ (Sex) อายุ (Age) รายได้ (Income) ระดับการศึกษา (Edu) ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (HL3) ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (HL3) ได้ร้อยละ 49.6 ( $F= 53.376$   $P<0.05$   $R^2= .496$ ) สำหรับปัจจัยโรคประจำตัว (Disease) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมได้

## 4) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเพศ (Sex) อายุ (Age) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (HL4) ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (HL4) ได้ร้อยละ 38.6 ( $F= 34.163$   $P<0.05$   $R^2= 0.386$ ) สำหรับปัจจัย โรคประจำตัว (Disease) รายได้ (Income) ระดับการศึกษา (Edu) และปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติได้

## 5) ด้านทักษะการตัดสินใจ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเพศ (Sex) อายุ (Age) รายได้ (Income) ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านทักษะการตัดสินใจ (HL5) ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านทักษะการตัดสินใจ (HL5)

ได้ร้อยละ 43.3 ( $F = 41.440$   $P < 0.05$   $R^2 = 0.433$ ) สำหรับปัจจัยโรคประจำตัว (Disease) และระดับการศึกษา (Edu) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านทักษะการตัดสินใจได้

#### 6) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเพศ (Sex) รายได้ (Income) ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (HL6) โดยปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (HL6) ได้ร้อยละ 39.2 ( $F = 35.046$   $P < 0.05$   $R^2 = 0.392$ ) สำหรับปัจจัยอายุ (Age) โรคประจำตัว (Disease) และระดับการศึกษา (Edu) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการจัดการสุขภาพตนเองได้

รายละเอียดผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยใน สมการ วิเคราะห์	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ												ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ โดยรวม (HL)	
	ด้านการเข้าถึง ข้อมูลและบริการ สุขภาพ (HL1)		ด้านการรู้เท่าทัน สื่อ (HL2)		ด้านการสื่อสาร และการสนับสนุน ทางสังคม (HL3)		ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพที่ เกี่ยวข้องต่อกร ปฏิบัติ (HL4)		ด้านทักษะการ ตัดสินใจ (HL5)		ด้านการจัดการ สุขภาพตนเอง (HL6)		B	$\beta$
	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$		
เพศ (Sex)	-0.04	-.501*	-1.283	-.468*	-1.765	-.644*	-1.352	-.608*	-1.335	-.597*	-1.188	-.539*	-1.288	-.629*
อายุ (Age)	-.001	-.010	.020	.125*	.016	.102*	.017	.131*	.022	.169*	-.007	-.053	.011	.094*
โรคประจำตัว (Disease)	-.009	-.009	.139	.077	.075	.041	-.059	-.040	.077	.052	-.005	-.003	.037	.027
รายได้ (Income)	.014	.013	.271	.150*	.332	.185*	.061	.042	-.205	-.140*	.217	.188*	.124	.092*
ระดับการศึกษา (Edu)	.061	.057	.270	.150*	-.193	-.108*	-.009	-.006	.064	.044	-.027	-.018	.027	.020
ปัจจัยด้านการ พึ่งพาตนเอง (Self)	-.602	-.294*	-.518	-.148*	-.748	-.214*	-.123	-.043	-.518	-.182*	-1.009	-.359*	-.586	-.225*
ปัจจัยด้าน ความสัมพันธ์ทาง สังคม (Soc)	.098	.092	.519	.284*	.369	.202*	.481	.325*	.650	.437*	.327	.223*	.407	.299*
R	.541		.639		.704		.621		.658		.626		.673	
R <sup>2</sup>	.293		.408		.496		.386		.433		.392		.453	
F	22.503*,		37.469*		53.376*		34.163*		41.440*		35.046*		44.879*	

หมายเหตุ \*  $P < 0.05$  ; \*\*  $P < 0.01$

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ (Sex) อายุ (Age) ระดับการศึกษา (Edu) รายได้ (Income) ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 45.3 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ร้อยละ 49.6 รองลงมาเป็นด้านทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 43.3 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 40.8 ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ร้อยละ 39.2 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 38.6 และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 29.3 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$HL = -0.629_{Sex} + 0.094_{Age} + 0.027_{Disease} + 0.092_{Income} + 0.020_{Edu} - 0.225_{Self} + 0.299_{Soc}$$

เมื่อจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน แสดงในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$HL1 = -0.501_{Sex} - 0.010_{Age} - 0.009_{Disease} + 0.013_{Income} + 0.057_{Edu} - 0.294_{Self} + 0.092_{Soc}$$

$$HL2 = -0.468_{Sex} + 0.125_{Age} + 0.077_{Disease} + 0.150_{Income} + 0.015_{Edu} - 0.148_{Self} + 0.284_{Soc}$$

$$HL3 = -0.644_{Sex} + 0.102_{Age} + 0.041_{Disease} + 0.185_{Income} - 0.108_{Edu} - 0.214_{Self} + 0.202_{Soc}$$

$$HL4 = -0.608_{Sex} + 0.131_{Age} - 0.040_{Disease} + 0.042_{Income} - 0.006_{Edu} - 0.043_{Self} + 0.325_{Soc}$$

$$HL5 = -0.597_{Sex} + 0.169_{Age} + 0.052_{Disease} - 0.140_{Income} + 0.044_{Edu} - 0.182_{Self} + 0.437_{Soc}$$

$$HL6 = -0.539_{Sex} - 0.053_{Age} - 0.003_{Disease} + 0.188_{Income} - 0.018_{Edu} - 0.359_{Self} + 0.223_{Soc}$$

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$HL = -1.288_{Sex} + 0.011_{Age} + 0.037_{Disease} + 0.124_{Income} + 0.027_{Edu} - 0.586_{Self} + 0.407_{Soc}$$

เมื่อจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน แสดงในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$HL1 = -0.804_{Sex} - 0.001_{Age} - 0.009_{Disease} + 0.014_{Income} + 0.061_{Edu} - 0.602_{Self} + 0.098_{Soc}$$

$$HL2 = -1.283_{Sex} + 0.020_{Age} + 0.139_{Disease} + 0.217_{Income} + 0.270_{Edu} - 0.518_{Self} + 0.519_{Soc}$$

$$HL3 = -1.765_{Sex} + 0.016_{Age} + 0.075_{Disease} + 0.332_{Income} - 0.193_{Edu} - 0.748_{Self} + 0.369_{Soc}$$

$$HL4 = -1.352_{Sex} + 0.017_{Age} - 0.059_{Disease} + 0.061_{Income} - 0.009_{Edu} - 0.123_{Self} + 0.481_{Soc}$$

$$HL5 = -1.335_{Sex} + 0.022_{Age} + 0.077_{Disease} - 0.205_{Income} + 0.064_{Edu} - 0.518_{Self} + 0.650_{Soc}$$

$$HL6 = -1.188_{Sex} - 0.007_{Age} - 0.005_{Disease} + 0.217_{Income} - 0.027_{Edu} - 1.009_{Self} + 0.327_{Soc}$$

ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 ผลการพัฒนาโปรแกรม และการทดลองใช้โปรแกรมที่เหมาะสม  
ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอำเภอสันทราย  
จังหวัดเชียงใหม่

โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ที่พัฒนาขึ้น มีฐานคิดมาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ทั้ง 6 ด้านของ Nutbeam (2008) ซึ่งในภาพรวม โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลและการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมถึงการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพจนสามารถนำไปปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) คือ ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีในการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการสืบค้น รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงระดับวิจารณ์ญาณและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) คือ ความสามารถในการวิเคราะห์เพื่อการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี

3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) คือ ความสามารถในการพูด การฟัง การอ่าน การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับการมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเหมือนหรือแตกต่างกับบุคคลอื่น ๆ ได้

4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) คือ การตัดสินใจ การทำข้อตกลงเพื่อให้บรรลุความตั้งใจที่ตนเองสามารถรับผิดชอบได้ เพื่อมีชีวิตที่มีความสุข

5. ทักษะการจัดการตนเอง (self-management) คือ ความสามารถในการวางแผนและสามารถทำตามแผนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีสุขภาพที่ดี

6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) คือ ความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล สามารถวิเคราะห์และตีความหมายของสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถเปรียบเทียบ การเลือกรับหรือใช้สื่อเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและสามารถแนะนำให้สังคมตัดสินใจด้วยเหตุผล

ผู้วิจัยได้นำหลักการและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านข้างต้น มาปรับเป็นกิจกรรมที่ใช้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่โรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมรวม 4 เดือน โดยเนื้อหาที่ใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น อ้างอิงจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น จำแนกเป็นเนื้อหา จำนวน 8 เรื่อง ดังนี้

**ตารางที่ 25** รายละเอียดและจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เรื่องที่	เนื้อหา	จำนวนครั้ง
1	ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	3
2	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ	2
3	ทักษะการสื่อสาร	2
4	ทักษะการจัดการตนเอง	2
5	ทักษะการตัดสินใจ	2
6	การรู้เท่าทันสื่อ	2
7	การพัฒนาสุขภาพตนเอง	2
8	กิจกรรม “รู้เขารู้เรา”	1
<b>จำนวน</b>		<b>16</b>

**ตารางที่ 26** แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ตามโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy)	ระดับ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction health literacy)	ระดับ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ (Critical health literacy)	ทักษะเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (HL1)	1. การบรรยาย เรื่อง - “สูงวัยใส่ใจ” - การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2. สัมภาษณ์ภาวะสมองเสื่อมอันตรายใกล้ตัว 3. กินอย่างไรดีต่อสุขภาพ	1. การพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 2. กิจกรรมการออกกำลังกาย 3. การประเมินภาวะความจำเสื่อม	1. กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. กิจกรรมเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ	ทักษะการเข้าถึง (Access)
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (HL2)	1. การบรรยาย เรื่อง - “สื่อสุขภาพ”	1. กิจกรรม “ค้นหาความจริง”	1. การร่วมกันวิพากษ์และเสนอแนะความคิดเห็น	ทักษะการไต่ถาม (Questioning)
ด้านการสื่อสาร (HL3)	1. กิจกรรม - เกม “กระซิบ” - “การดูแลสุขภาพของฉันและเธอ”	1. กิจกรรม - “การดูแลสุขภาพของฉันและเธอ”	1. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การดูแลตนเองตามวิถีชุมชน”	ทักษะการไต่ถาม (Questioning)
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (HL4)	1. การบรรยาย เรื่อง แหล่งบริการสุขภาพ - สิทธิของผู้สูงอายุ 2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	1. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. การค้นหาข้อมูลจากโทรศัพท์มือถือของตนเอง	1. กิจกรรม “ปฏิเสธรลึกลับ ต่อรอง” การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพูดคุยเกี่ยวกับแผน “สุขภาพดีมีอยู่จริง”	ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ (Understand)
ด้านทักษะการตัดสินใจ (HL5)	1. สื่อวีดิทัศน์ “เคล็ดลับที่ต้องดู”	1. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. กิจกรรม “ปฏิเสธรลึกลับ ต่อรอง”	ทักษะการตัดสินใจ (Make Decision)
ด้านการจัดการตนเอง (HL6)	1. กิจกรรม “สุขภาพดีอยู่ที่ไหน” 2. กิจกรรม “แข็งแรง...อย่างมีคุณค่า” การประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ	กิจกรรมการวางแผนการ พัฒนาสุขภาพ “สุขภาพดีมีอยู่จริง”	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพูดคุยเกี่ยวกับแผน “สุขภาพดีมีอยู่จริง”	ทักษะการนำไปใช้ (Apply)

เนื้อหาทั้ง 8 เรื่อง มีวัตถุประสงค์ เนื้อหา เวลา กิจกรรมการอบรม อุปกรณ์/สื่อที่ใช้ รวมถึงวิธีการประเมินผล ดังตารางที่ 27



**ตารางที่ 27** วัตถุประสงค์ เนื้อหา เวลา กิจกรรมการอบรม อุปกรณ์/สื่อ รวมถึงวิธีการประเมินสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
<b>ครั้งที่ 1-2-3 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ</b>					
1. เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้และเข้าใจด้านสุขภาพแบบองค์รวมและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม	1. การดูแลสุขภาพองค์รวม 2. การออกกำลังกาย 3. ภาวะสมองเสื่อม	9 ชั่วโมง	ครั้งที่ 1 - ลงทะเบียน - ฟังการบรรยาย เรื่อง “สูงวัยได้ใจ” การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	- ใบลงทะเบียน - คอมพิวเตอร์ - PowerPoint slides เรื่อง “สูงวัยได้ใจ” การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม	- การสังเกต - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ
2. เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม	3. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ		การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม - การออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ		
3. เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			ครั้งที่ 2 - ลงทะเบียน - ฟังการบรรยาย เรื่อง “ลืม... ภาวะสมองเสื่อม อันตรายใกล้ตัว” - ทำแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อม	- แบบประเมินภาวะความจำเสื่อมด้วยตนเองสำหรับประชาชน ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (รายละเอียดอยู่ในคู่มือ หน้า 166) - ตัวอย่าง Webite ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปศึกษาด้วยตนเอง	
			ครั้งที่ 3 - ลงทะเบียน - ฟังการบรรยาย เรื่อง “กินอย่างไรดีต่อสุขภาพ” อย่างไรดีต่อสุขภาพ” - กิจกรรม “เมนูสุขภาพ”	- PowerPoint slides เรื่อง “กินอย่างไรดีต่อสุขภาพ” - กิจกรรมกลุ่ม จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ใน 1 วัน	

ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
		<b>ครั้งที่ 4-5</b>	<b>การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ</b>		
		6 ชั่วโมง	<b>ครั้งที่ 1</b>		
1. เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพที่ถูกต้องได้	- แหล่งบริการสุขภาพและ การบริการด้านสุขภาพ - การค้นหาข้อมูลสุขภาพจาก แหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น สื่อ สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ สื่อ ออนไลน์ เป็นต้น		1. ลงทะเบียน 2. การบรรยายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรื่อง 1.1 แหล่งบริการสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชุมชน กับการใช้บริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - บริการด้านผู้สูงอายุ ขององค์การ บริหารส่วนท้องถิ่น เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ - สถานบริการสุขภาพเอกชน	- ใบลงทะเบียน - PowerPoint slides - แผ่นพับด้านสุขภาพ - โปสเตอร์ด้านสุขภาพ	- การสังเกต - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - การพูดคุยแบบไม่เป็น ทางการ
2. เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถ ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพจาก แหล่งข้อมูลหลายแหล่งและ สามารถนำไปใช้ในการดูแล ตนเองได้			<b>ครั้งที่ 2</b> - ลงทะเบียน - การบรรยายจากวิทยากร “การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จากสื่อ ต่าง ๆ” เช่น โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ ออนไลน์ เช่น หนังสือพิมพ์ แผ่นพับด้าน สุขภาพ โปสเตอร์ด้านสุขภาพ เป็นต้น		

ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
			<b>ครั้งที่ 6-7 ทักษะการสื่อสาร</b>		
		<b>ครั้งที่ 1</b>			
1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม สามารถสื่อสารข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจได้	- ข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลอนามัยส่วนบุคคล	6 ชั่วโมง	- ลงทะเบียน - กิจกรรมเกม “กระซิบบ” - กิจกรรมการดูแลสุขภาพของฉัน และเธอ	- ใบลงทะเบียน - PowerPoint slides “เกมกระซิบบ” - กิจกรรมกลุ่มละ 5 คน พูดคุย เรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเองในสถานการณ์ปัจจุบัน	- การสังเกต - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรม สามารถให้บุคคลอื่นยอมรับในข้อมูลสุขภาพได้					
		<b>ครั้งที่ 2</b>			
			- ลงทะเบียน - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การดูแลตนเอง ตามวิถีชุมชน”	- ตัวแทนผู้สูงอายุ 2-3 ท่าน ในชุมชนที่มีสุขภาพดี และ มีการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มาพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมกับสภาพของชุมชนที่อาศัยอยู่	

ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
<b>ครั้งที่ 8-9 ทักษะการจัดการตนเอง</b>					
1. เพื่อให้ผู้ใช้บริการอบรม สามารถสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ</li> <li>- สมรรถภาพทางกาย</li> </ul>	6 ชั่วโมง	<b>ครั้งที่ 1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลงทะเบียน</li> <li>- การทบทวนตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใบลงทะเบียน</li> <li>- วิดีทัศน์ “กลุ่มผู้สูงอายุ: BENNETTY”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสังเกต</li> <li>- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมแสดงความคิดเห็น</li> </ul>
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีตามแผนที่ได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมรรถภาพการปฏิบัติ</li> <li>- สุขภาพดีตามแผนได้</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิดีทัศน์ “กลุ่มผู้สูงอายุ: BENNETTY”</li> <li>- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “สุขภาพดีอยู่ที่ไหน”</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้ารับการประเมินสมรรถภาพทางกาย</li> <li>- การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ</li> </ul>
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพดีเหมาะสมกับ</li> </ul>		<b>ครั้งที่ 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลงทะเบียน</li> <li>- กิจกรรม “แข็งแรง...อย่างมีคุณค่า”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบบันทึกการประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุ (รายละเอียดอยู่ในคู่มือ หน้า 215)</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินสมรรถภาพทางกาย 6 ด้าน โดยแบ่งเป็น 9 สถานี</li> </ul>		
			<b>ครั้งที่ 1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานีที่ 1 วัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุปกรณ์การประเมินสมรรถภาพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง สายวัด</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานีที่ 1 วัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นาฬิกาจับเวลา ไม้มบรรทัด เป็นต้น</li> </ul>	

ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
			<b>ครั้งที่ 8-9 ทักษะการจัดการตนเอง</b>		
			<b>ด้านที่ 2</b> การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย		
			- สถานีที่ 2 การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว		
			<b>ด้านที่ 3</b> การประเมินสมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด		
			- สถานีที่ 3 เดิน 6 นาที		
			- สถานีที่ 4 เดินย่ำก้าว 2 นาที		
			<b>ด้านที่ 4</b> การประเมินสมรรถภาพความแข็งแรงกล้ามเนื้อ		
			- สถานีที่ 5 ลุกยืนจากเก้าอี้		
			- สถานีที่ 6 งอแขนพับศอก		
			<b>ด้านที่ 5</b> การประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ		
			- สถานีที่ 7 นิ่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้า		
			- สถานีที่ 8 การเอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง		
			<b>ด้านที่ 6</b> การประเมินการทรงตัวและความว่องไว		
			- สถานีที่ 9 การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ		

ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
<b>ครั้งที่ 10-11 ทักษะการตัดสินใจ</b>					
1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี	- การปฏิบัติตนเพื่อ การมีสุขภาพดีของ ผู้สูงอายุ	6 ชั่วโมง	<u>ครั้งที่ 1</u> - ลงทะเบียน - สื่อวีดิทัศน์ “เคล็ดลับที่ต้องดู : สาวใสในวัย 80” สาวใสในวัย 80”	- ใบลงทะเบียน - คอมพิวเตอร์ - สื่อวีดิทัศน์ “เคล็ดลับที่ต้องดู : สาวใสในวัย 80” (link: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=xtFWjzsnwNk">https://www.youtube.com/watch?v=xtFWjzsnwNk</a> )	1. เพื่อให้ผู้เข้ารับ การอบรมสามารถ เลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียในเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี			- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มและ นำเสนอ		2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วม สามารถใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย ในเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพดี
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเลือกปฏิบัติที่ไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น			<u>ครั้งที่ 2</u> - ลงทะเบียน - กิจกรรม”ปฏิเสศ หลีกเลียง การ ต่อรอง”	- กิจกรรมกลุ่ม ”ปฏิเสศ หลีกเลียง การต่อรอง” ให้ผู้เข้าอบรมตัดสินใจในการยอมรับ หรือ ปฏิเสธ หรือ หลีกเลียง การกระทำ กิจกรรม หรือ ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่คิด ว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	3. เพื่อให้ผู้เข้า อบรมสามารถ เลือกปฏิบัติที่ไม่ เกิดผลกระทบต่อ สุขภาพของตนเอง และผู้อื่น

ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
<b>ครั้งที่ 12-13 การรู้เท่าทันสื่อ</b>					
1. เพื่อให้ผู้ใช้บริการอบรมสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล สภาพที่ื่อนำเสนอได้	- ข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ และบริการสุขภาพ จากสื่อต่างๆ	6 ชั่วโมง	<u>ครั้งที่ 1</u> - ลงทะเบียน - การบรรยาย เรื่อง “สื่อสุขภาพ”	- ใบลงทะเบียน - คอมพิวเตอร์ - PowerPoint slides เรื่อง “สื่อสุขภาพ” - ตัวอย่างสื่อด้านสุขภาพ เช่นโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ ของจริงที่พบในท้องตลาด เป็นต้น	- การสังเกต - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - งานที่นำเสนอโดยวิทยากรเสริม ส่วนที่จดหายไป - การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ
2. เพื่อให้ผู้ใช้อบรมสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ จะเกิดขึ้นกับตนเองได้			<u>ครั้งที่ 2</u> - ลงทะเบียน - กิจกรรม “ค้นหาความจริง”	- ใบกิจกรรม “ค้นหาความจริง” เป็นสถานการณ์สมมุติที่ตั้งขึ้นเพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ ค้นหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์ บนโทรศัพท์มือถือ และวิพากษ์รวมถึงเสนอแนะความคิดเห็น	
3. เพื่อให้ผู้ใช้อบรมสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน และสังคมได้					

ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
<b>ครั้งที่ 14-15 การพัฒนาสุขภาพตนเอง</b>					
1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวางแผนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี	- การปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี	6 ชั่วโมง	ครั้งที่ 1 - ลงทะเบียน - สื่อวีดิทัศน์ “หมอล้านต์ : คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” - สื่อวีดิทัศน์ “หมอล้านต์ : คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”	- ใบลงทะเบียน - คอมพิวเตอร์	
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลลัพธ์เลือกวิธีปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี			ครั้งที่ 2 - กิจกรรมการวางแผนสุขภาพที่มีอยู่จริง”	1. การวางแผนการออกกำลังกาย 2. การรับประทานอาหาร 3. กิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลายความเครียด	
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีของตนเอง				- แบ่งกลุ่มเพื่อร่วมพูดคุยเกี่ยวกับแผน “สุขภาพที่มีอยู่จริง” ของแต่ละคนที่สามารถทำได้จริงและไม่สามารถทำได้ ปัญหาและอุปสรรค	
			ครั้งที่ 2 - ลงทะเบียน - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทำกิจกรรมตามแผน “สุขภาพที่มีอยู่จริง” ที่วางไว้		



ตารางที่ 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการอบรม	อุปกรณ์/สื่อ	วิธีการประเมิน
<b>ครั้งที่ 16 รู้เขารู้เรา</b>					
1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติเพื่อเพิ่มสุขภาพดีจากผู้ที่ประสบความสำเร็วจนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง	- การปฏิบัติตน 3 ชั่วโมง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี	3 ชั่วโมง	- ลงทะเบียน - กิจกรรม “รู้เขารู้เรา” การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้เข้าร่วมโครงการในด้าน - อาหาร - ออกกำลังกาย	- ไปลงทะเบียน	
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย ในเลือกริธีปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีของตนเอง			- การจัดกิจกรรมเครือข่าย โดยจัดกลุ่มๆละ 5 คน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม และให้ผู้แทนนำเสนอ โดยวิทยากรสรุป พร้อม เพิ่มเติม		
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถเลือกปฏิบัติที่ไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น					

หมายเหตุ รายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรม แสดงรายละเอียดดังกล่าว ข. คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอต้นทราย จังหวัดเชียงใหม่



ภาพที่ 7 ภาพการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

#### ตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และได้ร่างโปรแกรม และแนวทางการประเมินโปรแกรมก่อนการนำไปใช้เพื่อหาข้อบกพร่องที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขในด้านความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆ ของโปรแกรม โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้วนั้น ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแล้วดังกล่าวไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน จำแนกเป็นชาย 5 คน และหญิง 40 คน โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 เดือน โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง แบบ Pre-Experiment แบบ One-Group Pretest-Posttest Design เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้ทำการประเมิน 1) ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2) เจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และ 4) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

##### 1) ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไปวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัย  
ป่าไผ่คุณธรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	t	df	Sig	การ ทดสอบ
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.75	1.09	-10.596	44	0.000**	แตกต่างกัน
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.73	0.68				

หมายเหตุ \*\* P < 0.01

สมมติฐานการวิจัย

$H_0$  = ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อน  
และหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

$H_1$  = ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อน  
และหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน

จากตารางที่ 28 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ว่าผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม  
มีความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน โดยที่ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วม  
โปรแกรมผู้สูงอายุจะมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย  
ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test dependent ผลการทดสอบ  
สมมติฐานพบว่า ค่า sig = 0.000 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก ( $H_0$ ) ยอมรับสมมติฐานรอง ( $H_1$ ) ว่า  
ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่าง  
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยที่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น  
ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 4.75 และ  
มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 6.73 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผล  
ของโปรแกรมต่อการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น

2) ผลการประเมินเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 29 ผลการเปรียบเทียบเจตคติของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เจตคติต่อโปรแกรม	Mean	S.D.	t	df	Sig	การทดสอบ
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.51	0.69	-11.336	44	0.000**	แตกต่างกัน
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.86	0.66				

หมายเหตุ \*\*  $P < 0.01$

สมมติฐานการวิจัย

$H_0$  = ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

$H_1$  = ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน

จากตารางที่ 29 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ว่าผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมมีเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน โดยที่ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุจะมีความรู้ด้านสุขภาพเจตคติต่อโปรแกรมที่ดีขึ้น โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test dependent ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ค่า sig = 0.000 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก ( $H_0$ ) ยอมรับสมมติฐานรอง ( $H_1$ ) ว่าผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยที่ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยเจตคติก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 2.51 และมีค่าเฉลี่ยเจตคติหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 3.86 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สามารถสร้างเจตคติต่อโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดีขึ้น

### 3) ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม ภายหลังจากการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเริ่มโปรแกรม และได้ทำการประเมินความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ผลการทดสอบปรากฏดังตารางที่ 29

ตารางที่ 30 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	t	df	Sig	การทดสอบ
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.86	0.56	-3.427	44	0.001**	แตกต่างกัน
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.99	0.56				

หมายเหตุ \*\* P < 0.01

#### สมมติฐานการวิจัย

$H_0$  = ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวมไม่แตกต่างกัน

$H_1$  = ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวมแตกต่างกัน

จากตารางที่ 30 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ว่าผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวมแตกต่างกัน โดยที่ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test dependent ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ค่า sig = 0.001 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก ( $H_0$ ) ยอมรับสมมติฐานรอง ( $H_1$ ) ว่าผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยที่ผู้สูงอายุมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 3.86 และมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 3.99 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดี

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 มีเพียงด้านด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

ผลการประเมินแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 31

**ตารางที่ 31** ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		Mean	S.D.	t	df	Sig	การทดสอบ
ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.80	0.76	-4.760	44	0.00**	แตกต่างกัน
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.07	0.58				
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.85	0.82	-1.581	44	0.12	ไม่ต่างกัน
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.91	0.82				
ด้านการสื่อสารและการ สนับสนุนทางสังคม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.79	0.74	-1.628	44	0.11	ไม่ต่างกัน
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.89	0.68				
ด้านการเข้าใจข้อมูล และบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.03	0.67	-2.178	44	0.03**	แตกต่างกัน
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.10	0.68				
ด้านทักษะการตัดสินใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.81	0.61	-2.664	44	0.01**	แตกต่างกัน
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.92	0.61				
ด้านการจัดการสุขภาพ ตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.90	0.53	-2.986	44	0.00**	แตกต่างกัน
	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.07	0.66				

หมายเหตุ \*  $P < 0.05$  \*\*  $P < 0.01$

#### 4) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่โรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม ซึ่งหลังการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุตามโปรแกรมสำเร็จตามหลักสูตรและกิจกรรมที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเด็น เนื้อหาสาระ วิทยากร กระบวนการ สื่อ-เทคโนโลยีที่ใช้ สถานที่ การอำนวยความสะดวก ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนป่าไผ่คุณธรรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.90 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 35.60 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และมีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 15.60 ที่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง โดยผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ปรากฏดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 จำนวน และร้อยละ แสดงผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรมภายหลังการทดลอง

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
- พึงพอใจปานกลาง	7	15.60
- พึงพอใจมาก	16	35.60
- พึงพอใจมากที่สุด	22	48.90
<b>รวม</b>	<b>45</b>	<b>100.00</b>



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 388 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) และ 3) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ที่เหมาะสม โดยทำการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งทำการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวัดก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ t-test dependent สรุปผล อภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอ ข้อเสนอแนะ ดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.64 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับ คือ ทักษะการตัดสินใจ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ

การปฏิบัติ การจัดการสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ มีเพียงด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ที่มีระดับความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ จาก 12 ตำบล จำนวน 388 คน พบว่า

2.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.9 และส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ร้อยละ 17.00 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.97 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.8 รองลงมาจบการศึกษาระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.4 ส่วนในด้านสถานภาพนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานะภาพแต่งงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ เป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 22.2 และสถานะภาพโสด ร้อยละ 15.7 ตามลำดับ ในด้านรายได้พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.70 รองลงมาได้มากกว่า 6,001 - 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.70 นอกจากนี้ ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่าไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 41.0 มีโรคประจำตัว เรียงลำดับดังนี้ เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 26.5 โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 20.40 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 4.40 โรคหัวใจ เท่ากับ โรคข้อและกระดูก คิดเป็นร้อยละ 2.10 โรคไต และ โรคเก๊าท์ คิดเป็นร้อยละ 1.0 สำหรับอาชีพก่อนเกษียณพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมารับราชการ ร้อยละ 21.9 ในส่วนของอาชีพหลังเกษียณอายุพบว่าผู้สูงอายุมีอาชีพค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมา เป็นผู้ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 32.7

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยการพึ่งพาตนเองอยู่ในช่วงคะแนน 3.51 - 4.00 โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.77 แปลความได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีด้านปัจจัยการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับที่สามารถพึ่งพาตนเองได้สูง หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย เรียงตามลำดับดังนี้ ได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคม และนันทนาการ และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ ตามลำดับ

2.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ด้านปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงคะแนน 2.51 - 3.50 โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.37 แปลความได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีด้านปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับดังนี้ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ การควบคุมทางสังคม ความไวในการรับรู้ทางสังคม การแสดงออกทางสังคม การควบคุมอารมณ์ของตนเอง และความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยเพศ (Sex) อายุ (Age) รายได้ (Income) ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง (Self) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Soc) มีสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (HL) ปัจจัยดังกล่าวร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 45.3 ( $F = 44.879$   $P < 0.05$   $R^2 = 0.453$ ) สำหรับ ปัจจัยโรคประจำตัว (Disease) และระดับการศึกษา (Edu) ไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ได้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ร้อยละ 49.6 รองลงมา เป็นต้นทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 43.3 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 40.8 ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ร้อยละ 39.2 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 38.6 และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 29.3 ตามลำดับ

4. ผลการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

4.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีฐานคิดมาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ทั้ง 6 ด้าน ของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) 3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5. ทักษะการจัดการตนเอง (self-management) และ 6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) โดยนำฐานคิดดังกล่าวมาปรับเป็นกิจกรรมที่ใช้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่โรงเรียนผู้สูงอายุ จำแนกเป็นเนื้อหา จำนวน 8 เรื่อง รวม 16 ครั้ง ได้แก่ 1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 3 ครั้ง 2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ 2 ครั้ง 3. ทักษะการสื่อสาร 2 ครั้ง 4. ทักษะการจัดการตนเอง 2 ครั้ง 5. ทักษะการตัดสินใจ 2 ครั้ง 6. การรู้เท่าทันสื่อ 2 ครั้ง 7. การพัฒนาสุขภาพตนเอง 2 ครั้ง และ 8. กิจกรรม “รู้เขารู้เรา” 1 ครั้ง (รายละเอียดดังตารางที่ 26)

5. ผลการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการประเมิน ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้ทำการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### ผลการวิจัยพบว่า

5.1 ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุจะมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 4.75 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 6.73 ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.88

5.2 เจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีขึ้น ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 2.51 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 3.86 เจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.78

5.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ผู้สูงอายุมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 3.86 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 3.99 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.37

5.4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.90 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 35.60 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และมีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 15.60 ที่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

### อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.64 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับ คือ ทักษะการตัดสินใจ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ

ต่อการปฏิบัติ การจัดการสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ มีเพียงด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ที่มีระดับความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปีทมาพร ธรรมผล และคณะ (2559) ที่ทำการศึกษาคความแตกฉานด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้มีความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และการประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความฉลาดด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ (2562) ที่ได้ทำการศึกษาคความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 240 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เหมือนกันและยังอยู่ในชุมชนที่เป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบทเช่นเดียวกัน จึงทำให้ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพคล้ายคลึงกัน และ ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ภมร ดรณ (2562) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 2,288 คน พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 ( $R^2 = 0.273$ ) จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ได้แก่ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางปัญญา และจากการศึกษาในผู้สูงอายุไทยโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (การบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่และการงดดื่มสุรา) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ หรือในระดับพอใช้ โดยมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง มีความรอบรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพในระดับไม่ดีแต่ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญวิทยะสกุล, 2563) ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมได้เป็นอย่างดี ดำเนินชีวิตหรือมีวิถีชีวิตประจำวันที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น เป็นผู้ที่มีการะพฒพลัง (Active ageing) หมายถึง เป็นผู้ที่มีความสามารถด้านสุขภาพ สามารถประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย ด้านการมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์จากการมีงานทำ

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน ด้านความมั่นคง วิตจากความพอเพียงของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย และสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพละกำลัง จากการมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) และการอ่านออกเขียนได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ ภาวะพละกำลัง (Active ageing) ว่าเป็นแนวคิดที่แสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีภาวะพละกำลัง หมายถึง ภาวะสุข สมบูรณ์ ของผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและยกระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และหน่วยงาน International Longevity Centre Brazil (2015) ได้ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงการศึกษา การฝึกอบรมของผู้สูงอายรรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพละกำลัง

## 2. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

2.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.9 และส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ร้อยละ 17.00 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.97 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.8 รองลงมาจบการศึกษาระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.4 ส่วนในด้านสถานภาพนั้น พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานะภาพแต่งงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ เป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 22.2 และสถานะภาพโสด ร้อยละ 15.7 ตามลำดับ ในด้านรายได้พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.70 รองลงมาได้มากกว่า 6,001 – 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.70 นอกจากนี้ ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่าไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 26.5 สำหรับอาชีพก่อนเกษียณพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมารับราชการ ร้อยละ 21.9 ในส่วนของอาชีพหลังเกษียณอายุพบว่าผู้สูงอายุมีอาชีพค้าขายสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมาเป็นผู้ว่างงานคิดเป็นร้อยละ 32.7

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถิติด้านประชากรของประเทศไทย ในปี 2558 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่าเพศชายมีอายุเฉลี่ย คือ 71.3 ปี และ เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย คือ 78.2 ปี ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี 2548 แล้ว และสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2558 และ 2559 พบว่าสัดส่วนโครงสร้างประชากรเมื่อจำแนกประชากรออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ช่วงระหว่างปี 2553-2558 พบว่าสัดส่วน ประชากรในวัยเด็กและประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ขณะที่สัดส่วนประชากร

วัยสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วน เพศของประชากรสูงอายุเท่ากับผู้สูงอายุชาย 80 คน ต่อผู้สูงอายุหญิง 100 คน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 65.97 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุวัยต้น ยังคงเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือ ผู้อื่นได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุทั้ง กลุ่มนี้ยังสามารถที่จะใช้พลังพร้อมทั้งนำความรู้และประสบการณ์ที่ตนเองทำงานมา นั้นสร้างประโยชน์ ให้กับตนเองและสังคมได้ (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560)

ในส่วนของรายได้ของผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 82.70 นั่นคือ ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือ เบี้ยยังชีพคนชรา เป็นเงินช่วยเหลือที่ภาครัฐจัดสรรไว้ให้กับผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือ และแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายการดำรงชีวิตในแต่ละเดือน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) และรายได้อีกส่วนหนึ่งมาจากการประกอบอาชีพ ซึ่งอาชีพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ คือ ค่าขาย ซึ่งเป็นอาชีพที่ผู้สูงอายุประกอบอาชีพ เพื่อเพิ่มรายได้ของตนเองเพื่อให้ตนเองไม่เป็นภาระของผู้อื่นและสามารถเลี้ยงดูตนเองได้ และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่สำคัญในช่วงชีวิตย่อมมีผลต่อสภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพ การทำงานและการเงิน การได้ทำงานทำให้มีรายได้น้อยลงทำให้ผู้สูงอายุยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิต (นามชัย กิตตินาคบัญญัติ, 2560)

ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่า ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่าไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 41.0 มีโรคประจำตัว เรียงลำดับดังนี้ เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 26.5 โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 20.40 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 4.40 โรคหัวใจ เท่ากับ โรคข้อและกระดูก คิดเป็นร้อยละ 2.10 โรคไต และโรคเก๊าท์ คิดเป็นร้อยละ 1.0 โดยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโตเมื่อเทียบกับช่วงวัยหนุ่มสาว โดยระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเริ่มมีความสามารถในการทำงานลดลง จึงทำให้วัยสูงอายุ มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ ได้ง่าย โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สังเกตได้ชัดเจน เช่น ระบบผิวหนัง ระบบประสาทและสมอง ระบบประสาทสัมผัส ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น (บวรนนท์ พิมพ์โพธิ์, 2557)

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยการพึ่งพาตนเองอยู่ในช่วงคะแนน 3.51 - 4.00 โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.77 แปลความได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีด้านปัจจัยการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับที่สามารถพึ่งพาตนเองได้สูง หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย เรียงตามลำดับดังนี้ ได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและ

นันทนาการ และด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ ตามลำดับ สอดคล้องกับ ฐิตินันท์ นาคนผู้ (2557) ที่ได้ศึกษาการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพาตนเองโดยรวมได้มาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ดอละ และคณะ (2561) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุและแนวทางการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลหัวเขา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยในตำบลหัวเขา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 280 คน โดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมการพึ่งพา ตนเองของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.20 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพกายโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.40 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม พบว่าอยู่ใน ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.67 การพึ่งตนเองด้านสังคมโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.50 สำหรับแนวทางการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ คือ การออกกำลังกาย ด้านจิตใจมีวิธีการ คือ การทำจิตใจให้สงบ ไม่คิดมาก และด้านสังคม คือ การพบปะเพื่อนกลุ่มเพื่อน และทำกิจกรรมร่วมกัน

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงคะแนน 2.51 – 3.50 โดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.37 แปลความได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีด้านปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมหรือมีทักษะในด้านสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับดังนี้ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ การควบคุมทางสังคม ความไวในการรับรู้ทางสังคม การแสดงออกทางสังคม การควบคุมอารมณ์ของตนเอง และความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยเพศ อายุ รายได้ ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวมีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ของเพศ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล (2559) เพศหญิงมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพมากกว่า ในขณะที่เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับ



อายุ และสอดคล้องกับ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) พบว่า เพศหญิงจะทักษะการตัดสินใจในการสร้างเสริมทักษะสุขภาพดีกว่าเพศชาย เพศชายถึงแม้จะมีความแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง แต่พบว่ามึระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศหญิง และมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพได้ง่ายกว่าเพศหญิง เนื่องจากยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากเพศชายคิดว่าตนเองเป็นเพศที่แข็งแรงจึงขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง

### 3.2 ความสัมพันธ์ของอายุ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่าอายุบ่งบอกถึงความแตกต่างกันของคนในแต่ละช่วงวัย มีพัฒนาการตามช่วงวัยที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการดูแลที่แตกต่างกัน ทำให้มีการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้น การเรียนรู้ก็จะมากขึ้น จะเพิ่มเติมตามพัฒนาการในแต่ละวัย และแต่ละบุคคลจะมีอัตราการพัฒนาการที่ไม่เท่ากัน (วารุณี ภูวสรกุล, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับนพวรรณ แกมคำ (2562) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่พบว่า อายุทำให้ผลต่าง ๆ ตามมาตั้งแต่แรกเกิด เนื่องจากอายุจำเป็นกับการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากอายุที่แตกต่างกันต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน เนื่องจากพัฒนาการที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัยโดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพเพื่อประโยชน์สูงสุด และ เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองได้น้อยลง มีระดับการพึ่งพาตนเองสูงขึ้น (สุภจักษ์ แสงประจักษ์กุล, 2557) ทั้งนี้ เนื่องมาจากความเสื่อมของเซลล์ต่าง ๆ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย อีกทั้งผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่งผลให้เกิดการพึ่งพาตนเองในระดับสูง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเป็นภาระ รู้สึกมีคุณค่าน้อยลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง

### 3.3 ความสัมพันธ์ของรายได้ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ นพวรรณ แกมคำ (2562) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ความฉลาดทางสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีรายได้มากขึ้น โดยรายได้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมการอำนวยความสะดวกในชีวิตหลาย ๆ อีกทั้งรายได้เป็นปัจจัยในการดำรงชีวิต ถ้าบุคคลมีรายดีจะส่งผลให้มีความสามารถในการอุปโภคบริโภค หรือมีทางเลือกที่ดีต่อตนเองในทุก ๆ ด้าน และยังสอดคล้องกับ Baker et al. (2007) ที่กล่าวว่า

การที่บุคคลมีรายได้ที่เพียงพอจะทำให้สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ดี และถ้ามีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีความสัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และส่งผลทำให้มีความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

### 3.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยการพึ่งพาตนเอง กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ฉูตินันท์ นาคผู้ (2557) ที่ได้ศึกษาการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพาตนเองโดยรวมได้มาก และการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยการพึ่งพาตนเองมีความสำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้ในเรื่องสุขภาพที่จะส่งผลทางบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้มาก ลดการพึ่งพาหรือพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และมองเห็นศักยภาพในการดูแลตนเอง จึงสามารถปรับตัวใช้ชีวิตพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระผู้อื่น นอกจากนี้ การที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น ล้วนแล้วแต่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองได้สูง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของเสรี พงศ์พิศ (2553) กล่าวว่า การพึ่งพาตนเองเป็นสิ่งสำคัญเป็นความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น เป็นความพร้อมทั้งสภาวะทางกายและจิตใจ ทำให้เกิดความสมดุลของชีวิต และมีความสุข ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยการพึ่งพาตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพของตนเองจากความรู้และประสบการณ์ที่ตนเองมี ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก และส่งผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

### 3.5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ นามชัย กิตตินาคบัญญัติ (2560) ซึ่งพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคม (จากครอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) ต่างมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวยังสามารถช่วยชะลอระดับสุขภาพจิตที่ดีที่จะลดลงจากผลของความสามารถทางกายที่ลดลงตามอายุไว้ได้ด้วย และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคม ยังสามารถช่วยชะลอระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะลดลงจากผลของความสามารถทางกายที่ต้องลดลงตามอายุ

ไว้ได้ด้วยเช่นกัน การมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับครอบครัว ชุมชน สังคม จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการเรียนรู้ร่วมกันทางสังคม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถทางกายที่ให้มากขึ้นและระดับของความเสื่อมถอยของสมรรถภาพลดลงได้ช้า และการสนับสนุนสภาพแวดล้อมทางสังคม (จากครอบครัว และจากรัฐ/ชุมชน/สังคม) ของผู้สูงอายุให้ได้มีมากขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาทั้งการมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตที่ดีไว้ได้มากและต่อเนื่องนานที่สุด รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัวยังสามารถช่วยชะลอระดับสุขภาพจิตที่ดีที่จะลดลงจากผลของความสามารถทางกายที่ต้องลดลงตามอายุไว้ได้ด้วย และสภาพแวดล้อมทางสังคมจากรัฐ/ชุมชน/สังคมยังสามารถช่วยชะลอระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมที่จะลดลงจากผลของความสามารถทางกายที่ต้องลดลงตามอายุไว้ได้ด้วย ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ทั้งให้ภาครัฐหรือผู้เกี่ยวข้องด้านการบริหารนโยบายสาธารณะมีแนวทางสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุเพื่อสามารถนำศักยภาพของผู้สูงอายุไทยมาเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่าของประเทศได้เพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

4. ผลการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

4.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีฐานคิดมาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ทั้ง 6 ด้าน ของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) 3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5. ทักษะการจัดการตนเอง (self-management) และ 6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) โดยนำฐานคิดดังกล่าวมาปรับเป็นกิจกรรมที่ใช้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่โรงเรียนผู้สูงอายุ จำแนกเป็นเนื้อหา จำนวน 8 เรื่อง รวม 16 ครั้ง ได้แก่ 1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 3 ครั้ง 2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ 2 ครั้ง 3. ทักษะการสื่อสาร 2 ครั้ง 4. ทักษะการจัดการตนเอง 2 ครั้ง 5. ทักษะการตัดสินใจ 2 ครั้ง 6. การรู้เท่าทันสื่อ 2 ครั้ง 7. การพัฒนาสุขภาพตนเอง 2 ครั้ง และ 8. กิจกรรม “รู้เขารู้เรา” 1 ครั้ง ซึ่งโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีการนำไปทดลองใช้ (try out) พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาซึ่งประกอบด้วย เนื้อหาและกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการ การจัดการความเครียด และการปรับตัวทางสังคม (ตามรายละเอียดของโปรแกรมดังตารางที่ 25, 26 และ 27) ซึ่งเห็นว่าโปรแกรมการสร้าง

เสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความถูกต้องและเหมาะสม สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุได้ซึ่งสอดคล้องกับสมฤติ พูนทอง (2561) ทำการพัฒนาโปรแกรมที่ประกอบด้วยแนวทางการใช้โปรแกรม แผนกิจกรรม และสื่อ ได้แก่ คู่มือการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการปรับท่าทางในการทำงาน และแบบบันทึกการดูแลตนเอง ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ทุกคนเห็นว่าโปรแกรมมีความถูกต้อง เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ง่าย และการประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้งานโดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ 5 ท่าน พบว่า ทุกคนมีความพึงพอใจเห็นว่าโปรแกรมใช้งานได้ง่ายและสะดวก

5. ผลการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการประเมินการพัฒนาทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า

5.1 ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุจะมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 4.75 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 6.73 คิดเป็นร้อยละ 41.88 ในด้านเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีเจตคติต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 2.51 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 3.86 คิดเป็นร้อยละ 53.78 นอกจากนี้ ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ผู้สูงอายุมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 3.86 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 3.99 คิดเป็นร้อยละ 3.37 สะท้อนถึงประสิทธิผลหรือศักยภาพของโปรแกรมต่อการพัฒนาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ ศิริพร ชูดีเจ้อเงิน และคณะ (2560) ทำการวิจัยผู้สูงอายุในตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผลการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ด้านการเข้าถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล 3 อ. จากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ยังเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองได้น้อย ด้านความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้ 3 อ. เพิ่มขึ้นหลังร่วมกิจกรรม และด้านการนำไปใช้ ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อความรู้แก่บุคคลอื่น และสอดคล้องกับ รจนารถ ชูใจ และคณะ (2564) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 สูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.2 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.90 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 35.60 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และมีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 15.60 ที่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมา ผาติภักทรกุล และคณะ (2563) ทำการสร้างโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสระบุรี โดยโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เน้นจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในส่วนของ การให้ความรู้ ด้านการ บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุแสดงความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 92.08 เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังการทดลองพบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้น และอยู่ในระดับดี ในด้านการรับประทาน และการจัดการความเครียด ซึ่งมีคะแนน ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่มากที่สุด อีกทั้งยังสอดคล้องกับ จงรัก สุวรรณรัตน์ และกรรณรัชช ปัญญาไส (2562) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง ซึ่งผลจากการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.12) ซึ่งสะท้อนถึงความพึงพอใจที่เกิดขึ้นกับโปรแกรมการพัฒนาที่ได้สร้างขึ้นว่าสามารถตอบสนองความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง และการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคมเป็นสภาพการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในอำเภอ สนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นองค์กรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพในท้องถิ่น

จำเป็นต้องนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมความรอบรู้และแก้ไขปัญหาให้กับผู้สูงอายุ เพื่อจะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น

2. จากผลการวิจัยปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและรายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ และการเข้าใจข้อมูลด้านการบริการสุขภาพต่อการปฏิบัติ จะเห็นได้ว่าอายุเพิ่มมากขึ้นมีผลต่อรายได้ที่ลดลงของผู้สูงอายุจึงทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และการเข้าใจข้อมูลด้านการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุลดน้อยลง ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์บริการด้านสุขภาพทุกระดับเฉพาะอย่างยิ่งระดับชุมชนจำเป็นต้องจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างรายได้ ลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามศักยภาพที่เป็นอยู่

3. จากผลการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะต้องเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการจัดการสุขภาพเป็นสำคัญ โดยอาจจะมีการเพิ่มเนื้อหาสาระ ระยะเวลาในการฝึกอบรมพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

4. จากผลการวิจัยการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผลการประเมินความรู้ เจตคติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่และพื้นที่อื่นได้อย่างเป็นรูปธรรม

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะพลพลงทั้งด้านสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ที่อยู่บนพื้นฐานด้านความมั่นคงของชีวิต รายได้ และที่อยู่อาศัย โดยให้มีสภาพที่เอื้อต่อการสร้างภาวะพลพลงทั้งทักษะการอ่านออกเขียนได้ และการสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมร่วมกัน เป็นการเน้นการจัดการตนเองเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี

2. องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสร้างความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการให้บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น พื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึงผ่านกระบวนการทางนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพทั้งระดับท้องถิ่น

ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการบริหารและจัดการแบบร่วมมือกัน เพื่อการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยเน้นการสร้างเสริมและการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCD's) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Heart Disease) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคอ้วน (Obesity) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease :COPD) และถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เป็นต้น



## บรรณานุกรม

- กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น. 2552. **คู่มือหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dla.go.th/servlet/EbookServlet?ebookGroup=1> (3 มีนาคม 2564).
- กรมการศึกษานอกกระบบโรงเรียน. 2538. **การศึกษาตลอดชีวิต**. กรุงเทพฯ: กรมการศึกษานอกกระบบโรงเรียน.
- กรรณิการ์ การีสรพร, พรทิพย์ มาลาธรรม และ นุชนาฏ สุทธิ. 2562. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. **รามาริบัติพยาบาลสาร**, 25(3), 280-295.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [https://www.dop.go.th/download/laws/4egulation\\_th\\_20152509163042\\_1.pdf](https://www.dop.go.th/download/laws/4egulation_th_20152509163042_1.pdf) (1 พฤษภาคม 2563).
- กฤษฎา พรหมสุวรรณ. 2560. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัดเชียงใหม่. 2560. **แผนพัฒนาจังหวัด**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.chiangmai.go.th/managing/public/article3> (3 มีนาคม 2564).
- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2556. **การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี.
- กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. 2542. **ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2560. **Health Literacy Forum**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.hed.go.th/news/7281> (5 กันยายน 2563).
- กาญจนา ดอละ, ปพิชญา สวามีชัย, อภาภัท ปานแก้ว และ มาริสา จันทร์ฉาย. 2561. การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุและแนวทางการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลหัวเขา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. ใน **การประชุมวิชาการด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ระดับชาติ ครั้งที่ 1 “มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ : พลังปัญญาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”**.



- วันที่ 20-21 สิงหาคม 2561 ณ หอประชุมเฉลิมพระเกียรติฯ 80 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- กิตติยา วงษ์จันทร์. 2561. **รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [https://www.ubu.ac.th/web/files\\_up/08f2018072012263188.pdf](https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2018072012263188.pdf) (4 สิงหาคม 2563).
- กิตติวงศ์ สาสวด. 2560. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก**. **วารสารชุมชนวิจัย**, 11(2), 21-38.
- กุลทรัพย์ อ่างนิลพันธ์. 2555. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านเมืองกีดตำบลกีดช้าง อำเภอมะแม่ง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกสร มัยจัน. 2558. **ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 23(2), 306-318.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาจันทร์ และ นวลฉวี ประเสริฐสุข. 2556. **ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย**. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)**, 7(3), 93-103.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. 2564. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องประเมิน Health Literacy \*processes \*practices \*evaluation tools**. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ ดวงเนตร ธรรมกุล. 2558. **การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ**. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 9(2), 1-8.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. 2562. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยญาณ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรอุไร. 2554. **ความฉลาดทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. **ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://law.m-society.go.th/law2016/law/view/618> (2 พฤษภาคม 2564).
- คณะกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. 2559. **การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [https://www.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/drive\\_health/download/user\\_ge](https://www.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/drive_health/download/user_ge)

nocide508/801.pdf (1 พฤษภาคม 2564).

- ครูเชียงราย. 2562. **ขั้นตอนการวิจัยทางสังคม**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.kruchiangrai.net/2019/07/25/ขั้นตอนการวิจัยทางสังคม/> (4 สิงหาคม 2563).
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 2557. **รายงานประจำปี 2557**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.hitap.net/documents/99359> (3 มีนาคม 2564).
- จงกลณี ศรีจักรโคจรต. 2550. **การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน**. ดุษฎีบัณฑิตปริญญาเอก. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จงรัก สุวรรณรัตน์ และ กรรณธัช ปัญญาใส. 2562. ประสิทธิภาพของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง. **วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ**, 5(1), 60-71.
- จตุรรัตน์ แสงทอง. 2560. **สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ**. **วารสารกึ่งวิชาการ**, 38(1), 5-28.
- แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และ ธนิตา ผาติเสนะ. 2561. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, (ฉบับพิเศษ)**, 176-185.
- ชนินทร์ งามแสง. 2559. การจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ปูน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 8(3), 59-66.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. 2556. **การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย**. **บทความวิชาการ สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.libray.senate.go.th> (2 มิถุนายน 2562).
- ชุติมา สิ้นชัยนิชกุล. 2559. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชษฐภูมิ วรรณไพศาล. 2562. **เครื่องมือการวิจัยทางสังคมศึกษา**. เชียงใหม่: ศูนย์บริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฐิตินันท์ นาคผู้. 2557. **การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ฐิตีมา ดวงวันทอง. 2560. **การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

- ณัฐชานันท์ วีระกุล. 2558. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสเพื่อเสริมสร้างจริยธรรมการดูแลผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ. *ดุซงญอเนชบุรีปริญาเอก*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธราดล เสาร์ชัย. 2561. 4 แนวโน้มความต้องการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ. *หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ*, 3410, 7. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.thansettakij.com/content/317037> (14 กรกฎาคม 2561).
- ธัญชนก ชุมทอง. 2559. รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *ดุซงญอเนชบุรีปริญาเอก*. วิทยาลัยประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. 2559. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานี และอ่างทอง. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85.
- ธันยาภรณ์ โพธิ์ถาวร. 2549. ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นพวรรณ แกมคำ. 2562. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินทร์ หมั่นแสน. 2555. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่บ้านทุ่งหลุก อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัทธมน ธีระกุล. 2556. ระเบียบวิธีการวิจัย ความรู้เบื้องต้นและขั้นตอนการทำวิจัย. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://fuangfah.econ.cmu.ac.th/files/research%20method\\_751408%20part%201\\_Nuttamon.pdf](http://fuangfah.econ.cmu.ac.th/files/research%20method_751408%20part%201_Nuttamon.pdf) (25 กรกฎาคม 2563).
- นามชัย กิตตินาคัญชา. 2560. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *ดุซงญอเนชบุรีปริญาเอก*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. 2559. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63-74.
- บวรนันท์ พิมพ์โพธิ์. 2557. การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนตำบลไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2555. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัด

- เชิงจิตวิทยา.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. 2543. **การวิจัยทางการวัดและประเมินผล.** กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- \_\_\_\_\_. 2556. **การวิจัยเบื้องต้น: ฉบับปรับปรุงใหม่ (เล่มที่ 9).** กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: กิจเจริญพาณิชย์.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. 2556. **ความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานการสร้างเสริมความฉลาดด้านสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.mfa.go.th/> (2 มิถุนายน 2562).
- ประกายดาว แก้วชัยเถร. 2561. **แนวทางการจัดแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตในพื้นที่รอบจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อส่งเสริมเยาวชนให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วสี. 2547. **ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประเสริฐ บุญเรือง. 2555. **การจัดการศึกษาตลอดชีวิต. วารสารการศึกษานอกโรงเรียน, 3-7,** [https://panchalee.files.wordpress.com/2012/2007/ksn\\_book.pdf](https://panchalee.files.wordpress.com/2012/2007/ksn_book.pdf).
- ปวีตรา ทองมา. 2563. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13(1), 50-62.**
- ปัทมา ผาติภักทรกุล, ผุสดี ก่อเจตย์, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, ชุตินา บูรพา และ ประภาส จักรพล. 2563. **ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(ฉบับพิเศษ).**
- ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เปี้ยซื่อ และ สุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ. 2559. **ความแตกฉานด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดผิดปกติและเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(3), 176-182.**
- ปิยธิดา คงปากเพียร. 2558. **การจัดการแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต : ห้องสมุด.** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://kongpakpean.blogspot.com/2015/03/management-of-lifelong-learning-library.html> (5 มีนาคม 2564).
- พงศธร ศิลาเงิน. 2560. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. 2551. **ก้าวต่อไป... การวิจัยสุขภาพ.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา. 2560. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พลเทพ วิจิตรคุณากร. ม.ป.ป. **ขั้นตอนการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข กับกระบวนการทางวิทยาศาสตร์**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388\\_541\\_2/Medical\\_research/index2.html](https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388_541_2/Medical_research/index2.html) (26 กรกฎาคม 2563).
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. 2559. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. **วารสารสมาคมนักวิจัย**, 21(2), 94-109.
- ภมร ดรุธ. 2562. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. **วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริหารสุขภาพ**, 15(3), 71-82.
- มานพ นักการเรียน. 2561. ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนา. **วารสารศึกษาศาสตร์**, 5(2), 1-7.
- มีเดียไทยแลนด์. 2555. **การศึกษานอกระบบ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://mediathailand.blogspot.com/2012/05/blog-post\\_2584.html](http://mediathailand.blogspot.com/2012/05/blog-post_2584.html) (18 กรกฎาคม 2563).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). 2558. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558**. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- ยงยุทธ แก้วเต็ม. 2552. **กระบวนการดำเนินงานของชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านกอกชุม อำเภอมือง จังหวัดลำปาง**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยอดชาย สุวรรณวงษ์. 2558. **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ตลอดชีวิตบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุทธการ สืบแก้ว. 2555. **การเรียนรู้ตลอดชีวิต คืออะไรและสำคัญตรงไหน แล้วเกี่ยวอะไรกับปรัชญาพิพัฒนาการนิยม**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.kroobannok.com/54487> (18 กรกฎาคม 2563).
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำธนะ และ นงนภัทร รุ่งเนย. 2562. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 6(ฉบับพิเศษ), 129-141.
- รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และ กมลพร แพทย์ชีพ. 2564. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 8(1), 250-262.

รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ เรวดี สุวรรณพเก้า. 2556.

**มนทัศน์ใหม่ ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ.** นครปฐม:

สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

**ระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง.** 2560. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/> (2 มิถุนายน 2562).

ฤตินันท์ สมุทรทัย. 2560. **การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้อัจฉริยะ.** เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้ง.

วรรณศิริ นิลเนตร และ วาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน. 2562. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล.

**วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย,** 15(2), 1-18.

วรางคณา ผลประเสริฐ. 2552. **ทำไมต้องทำวิจัย. จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ,** 2(2),

[https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/2\\_2552/Research.htm](https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/2_2552/Research.htm).

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. 2540. **การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการ**

**ปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และ พิมพพรรณ ศิลปะสุวรรณ. 2541. **การวางแผนและประเมินผลโครงการ**

**ส่งเสริมสุขภาพทฤษฎีและการปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารุณี ภูวสรกุล. 2554. **จิตวิทยาทั่วไป.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วาโร เพ็งสวัสดิ์. 2552. **การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development).**

**วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร,** 1(2), 1-12.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร และ อรทัย เจริญทิพย์สกุล. 2563. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และ

ผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอ,**

2(1), 1-19.

วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. 2560. **พจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ**

**ขั้นต้น.** กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

ศิริชัย กาญจนวาสี. 2551. **การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย.** กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น, ประไพพิศ สิงหเสน และ สุดารัตน์ วุฒิศักดิ์ไพศาล. 2560. ผลของโปรแกรม

ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของ

นักเรียน. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,**

4(2), 268-280.

**ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ บ้านธรรม**

**ปกรณ.** 2559. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://thammapakorn.dop.go.th>

(2 มิถุนายน 2562).

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์. ม.ป.ป. **คู่มือนักวิจัย**. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559. **การใช้ประโยชน์งานวิจัย สวรส**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

\_\_\_\_\_. ม.ป.ป. **เหมือนหรือต่าง ระหว่าง “ระบบวิจัยสุขภาพ” และ “วิจัยระบบสุขภาพ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/HRS%20vs%20HSR-1.pdf> (25 กรกฎาคม 2563).

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. 2559. **การแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament\\_parcy/main.php?filename=house2558\\_2](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/main.php?filename=house2558_2) (2 พฤษภาคม 2564).

สมบูรณ์ วัฒนะ. 2559. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท. **วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**, 24(44), 173-193.

สมบูรณ์ ศาลยาชีวิน. 2546. **จิตวิทยาเพื่อการศึกษาผู้ใหญ่**. เชียงใหม่: ลานนาการพิมพ์.

สมฤดี พูนทอง. 2561. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดร่วมกับการปรับท่าทางการทำงานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดข้อเข้าในผู้ประกอบอาชีพกรีดยางพารา. **วิทยานิพนธ์ปริญญาโท**. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2545. **พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456780/61399/1/5983338027.pdf> (18 กรกฎาคม 2563).

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. 2543. **บทสรุปพุทธศาสตร์การเรียนรู้ตลอดชีวิตในศตวรรษที่ 21 : สหราชอาณาจักร (ฉบับสรุป)**. กรุงเทพฯ: สกศ.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. 2554. **สถานภาพและบทบาทการเสริมสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน**. กรุงเทพฯ: วิ.ที. ซี คอมมิวนิเคชั่น.

สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2558. **หลักประกันสุขภาพไทย**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://madlab.cpe.ku.ac.th/TR2/?nameID=290432> (3 มีนาคม 2564).

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. 2552. **เอกสารสาระหลักการและแนวคิดประกอบการดำเนินงาน กศน**. กรุงเทพฯ: เอ็น เอ รัตนะเทรตติ้ง.

\_\_\_\_\_. 2554. **การศึกษาตลอดชีวิตสำหรับทุกคน**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร

แห่งประเทศไทย.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2560. การสำรวจด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร-\(ICT\).aspx](http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร-(ICT).aspx) (6 มีนาคม 2564).
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป. การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic002.php> (14 กรกฎาคม 2563).
- สิริพร สุธัญญา. 2550. พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาด กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2536. การวิจัยประเมินผลโครงการ. กรุงเทพฯ: เลียงเชียง.
- สุธีรา บัวทอง. 2558. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกับชุมชน ของครูอนามัยโรงเรียน. คุษุณีนิพนธ์ปริญญาเอก. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุบิน ไชยยะ. 2557. กลยุทธ์การบริหารห้องสมุดมหาวิทยาลัยเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนิสิตนักศึกษา. คุษุณีนิพนธ์ปริญญาเอก. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพักตร์ พิบูลย์. 2546. การวิจัยเพื่อการพัฒนาการเรียนรู้: การวิจัยในชั้นเรียน. นนทบุรี: จตุพร ดีไซน์.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์กุล. 2557. วุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย: ระดับ แนวโน้ม และปัจจัยกำหนด. คุษุณีนิพนธ์ปริญญาเอก. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร เพียรดี. 2554. การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning). [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.gotoknow.org/posts/451728> (19 กรกฎาคม 2563).
- สุมาลี สังข์ศรี. 2544. รายงานการวิจัยการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อสังคมไทยในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีเพื่อการศึกษาแห่งชาติ.
- สุมินดา สิ้นธ์ศิริมานะ. 2546. ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ตีรกานันท์. 2549. การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์:แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสรี พงศ์พิศ. 2553. ร้อยคำที่ควรรู้. กรุงเทพฯ: พลังปัญญา.
- อนันต์ ศรีโสภณ. 2527. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิชย์.
- อภิชาติ ไตรแสง. 2539. เอกสารประกอบการสอนวิชา ศท.013 สุขภาพเพื่อการดำรงชีวิต. เชียงใหม่: กลุ่มวิชาพัฒนาสุขภาพ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- อรรวรรณ นามมนตรี. 2561. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารทันตภิบาล, 1(29), 122-128.



- อรอำไพ บุรานนท์. 2554. **แนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตตามความต้องการของผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุติดเตียง สังกัดกรุงเทพมหานคร**. ปรินูญานิพนธ์ปรินูญาโท. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล. 2561. อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชน ชนกิ่งเมือง: การวิจัยผสานวิธี. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์**, 24(1), 1-21.
- อาชญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา, ปาน กิมปี และ ระวี สัจจโสภณ. 2554. **การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3419?locale-attribute=th> (26 กรกฎาคม 2563).
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A. & Nurss, J. 1999. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Education and Counseling**, 38(1), 33-42.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A. & Huang, J. 2007. Health literacy and mortality among elderly persons. **Archives of Internal Medicine**, 167(14), 1503-1509.
- Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B. & Bairnsfather, L. E. 1991. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. **Family Medicine**, 23(6), 433-435.
- Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., Nguyen, K. T., Oo, W. M., Mohamad, E., Su, T. T., Huang, H. L., Sørensen, K., Pelikan, J. M., Van den Broucke, S. & Chang, P. W. 2017. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. **Journal of Epidemiol**, 27(2), 80-86.
- Eldercare. 2561. **ผู้สูงอายุต้องการอะไร**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://eldercarenow.net/ผู้สูงอายุต้องการอะไร/> (14 กรกฎาคม 2563).
- Fernandez, D., Larson, J. & Zikmund-Fisher, B. 2016. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. **BMC Public Health**, 16(1), doi: 10.1186/s12889-12016-13267-12887.

- Folkman, S. & Lazarus, R. S. 1988. Coping as a mediator of emotion. **Journal of Personality and Social Psychology**, 54(3), 466-475.
- Geboers, B., Reijneveld, S. A., Jansen, C. J. & de Winter, A. F. 2016. Health Literacy Is Associated With Health Behaviors and Social Factors Among Older Adults: Results from the LifeLines Cohort Study. **Journal of Health Communication**, 21(sup2), 45-53.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. 1999. **Health Program Planning: An Educational And Ecological Approach**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Hahn, E. A., Choi, S. W., Griffith, J. W., Yost, K. J. & Baker, D. W. 2011. Health literacy assessment using talking touchscreen technology (Health LiTT): a new item response theory-based measure of health literacy. **Journal of Health Communication**, 16 Suppl 3(Suppl 3), 150-162.
- Hanson-Divers, E. C. 1997. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 8(1), 56-69.
- Hfocus. 2562. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยสำคัญอย่างไร. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17212> (6 กรกฎาคม 2563).
- International Longevity Centre Brazil. 2015. **Active Ageing : A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution**. 1<sup>st</sup> ed. Rio de Janeiro, Brazil: International Longevity Centre Brazil.
- Liu, Y.-B., Liu, L., Li, Y.-F. & Chen, Y.-L. 2015. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. **Internation Journal of Environmental Research and Public Health**, 12(8), 9714-9725.
- Mancuso, J. M. 2008. Health literacy: a concept/dimensional analysis. **Nursing and Health Sciences**, 10(3), 248-255.
- Marketeen. 2562. คนสูงวัยเขาคิดอะไรกัน ในวันที่โลกกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://marketeeronline.co/archives/127402> (14 กรกฎาคม 2563).
- Nilnate, W., Hengpraprom, S. & Hanvoravongchai, P. 1970. Level of Health Literacy in Thai Elders, Bangkok, Thailand. **Journal of Health Research**,

30(5), 315-321.

Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. 2008. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, 67(12), 2072-2078.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & Consortium Health Literacy Project, E. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 12(1), 80.

Thaiseniormarket. ม.ป.ป. สิทธิได้รับบริการด้านการศึกษาในผู้สูงอายุ. [Online]. Available <http://www.thaiseniormarket.com/article-detail/411> (28 กรกฎาคม 2563).

U.S. Health People. 2010. **Healthy People**. [Online]. Available [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National\\_Health\\_Policies-United\\_States-Healthy\\_People\\_2010.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National_Health_Policies-United_States-Healthy_People_2010.pdf) (2 May 2020).

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J. & Hale, F. A. 2005. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **Annals of Family Medicine**, 3(6), 514-522.

World Health Organization (WHO). 1998. **Health Literacy**. [Online]. Available <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/> (2 May 2012).

\_\_\_\_\_. 2013. **Health literacy, The solid facts**. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Yamane, T. 1970. **Statistics: An introductory Analysis**. Tokyo: John Weatherhill.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## แบบสอบถาม

งานวิจัยเรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับ  
ผู้สูงอายุ ในอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่”

คำชี้แจง               แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยแม่โจ้  
โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ

แบบสอบถาม มีจำนวน 2 ตอน ประกอบด้วย

โดย   ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป/ปัจจัยด้านส่วนบุคคล/ปัจจัยด้านการ  
พึ่งพาตนเอง/ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ปัจจัยด้านส่วนบุคคล/ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง/ปัจจัยด้านความสัมพันธ์  
ทางสังคม

1. เพศ    1.ชาย

2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี

อายุ ..... ปี ..... เดือน

3. โรคประจำตัว

1. ไม่มีโรคประจำตัว

2. โรคเบาหวาน

3. โรคความดันโลหิตสูง

4. โรคไต

5. โรคหัวใจ

6. โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด

7. โรคกระดูกและข้อ

8. โรคเก๊าท์

9. อื่นๆ.....

4. อาชีพ (ก่อน 1 /หลัง 2)

1. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

2. เอกชน

3. เกษตรกรรม

4. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ข้าราชการ

5. อื่นๆ .....

5. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษาตอนต้น

3. มัธยมศึกษาตอนปลาย

4. อุดมศึกษา

6. สถานภาพสมรส

1. แต่งงาน

2. โสด

3. หย่า

4. หม้าย

5. แยกกันอยู่

7. รายได้.....บาท/เดือน

แบบสอบถามปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง และความสัมพันธ์ทางสังคม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องตรงตามความเป็นจริง

ด้านปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง

คำถาม	ทำเองได้ ทั้งหมด/ไม่ ต้องพึ่งพา ผู้อื่น	ทำเองได้ เป็นส่วน ใหญ่/ต้อง พึ่งพาผู้อื่น บางส่วน	ทำเองได้ บ้าง เล็กน้อย/ ต้องพึ่งพา ผู้อื่นเป็น ส่วนใหญ่	ไม่สามารถ ทำตัวเอง/ ต้องพึ่งพา ผู้อื่น ทั้งหมด
<b>กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ</b>				
1. ท่านสามารถจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆได้ด้วยตนเอง				
2. ท่านบันทึกการใช้จ่ายประจำวัน				
3. ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร กับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง				
4. ท่านสามารถจัดยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อได้เอง				
5. ท่านจดจำบทสวดมนต์และสามารถท่องได้				
6. ท่านจำเทศกาลสำคัญต่างๆได้ เช่น เทศกาล สงกรานต์ วันลอยกระทง วันเข้าพรรษา เป็นต้น				
<b>กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ</b>				
7. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในเทศกาล ต่างๆได้ เช่น งานทำบุญ วันสงกรานต์ เป็นต้น				
8. ท่านสามารถอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมี ความสุข				
9. ท่านมีการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนๆ เป็นประจำ				
10. ท่านสามารถกิจกรรมที่ตนเองถนัดหรือสนใจได้ เช่น ทำสวน เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น				
11. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆ เช่น สถานที่ท่องเที่ยว ได้ด้วยตนเอง				
12. ท่านสามารถค้นหาสถานที่เพื่อการผ่อนคลาย ความเครียดหรือพักผ่อนด้วยตนเองได้				

คำถาม	ทำเองได้ ทั้งหมด/ไม่ ต้องพึ่งพา ผู้อื่น	ทำเองได้ เป็นส่วน ใหญ่/ต้อง พึ่งพาผู้อื่น บางส่วน	ทำเองได้ บ้าง เล็กน้อย/ ต้องพึ่งพา ผู้อื่นเป็น ส่วนใหญ่	ไม่สามารถ ทำได้เอง/ ต้องพึ่งพา ผู้อื่น ทั้งหมด
<b>กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน</b>				
13. ท่านสามารถไปซื้อของในตลาดหรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง				
14. ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่นๆในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น				
15. ท่านสามารถชักจูงให้ผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนได้				
16. ท่านเป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมของชุมชน				
17. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในสถานที่นอกชุมชนได้				
18. ท่านให้ความร่วมมือในการจัดงานของเทศกาลสำคัญต่างๆของชุมชน				
<b>กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว</b>				
19. ท่านสามารถทำงานบ้านต่างๆได้ด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น				
20. ท่านสามารถสามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวได้				
21. ท่านสามารถทำหน้าที่แจ้งข้อมูลให้กับหน่วยงานของรัฐเมื่ออยู่ที่บ้านคนเดียวได้ เช่น การให้ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากร				
22. ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำค่าไฟด้วยตนเองได้				
23. ท่านสามารถไปขอรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง				
24. ท่านทำหน้าที่ดูแลครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย				



คำถาม	ทำเองได้ ทั้งหมด/ไม่ ต้องพึ่งพา ผู้อื่น	ทำเองได้ เป็นส่วน ใหญ่/ต้อง พึ่งพาผู้อื่น บางส่วน	ทำเองได้ บ้าง เล็กน้อย/ ต้องพึ่งพา ผู้อื่นเป็น ส่วนใหญ่	ไม่สามารถ ทำได้เอง/ ต้องพึ่งพา ผู้อื่น ทั้งหมด
กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลตนเอง				
25. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง				
26. ท่านสามารถทำความสะอาดร่างกายได้ด้วย ตนเอง เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า เป็นต้น				
27. ท่านสามารถลุกขึ้นจากเก้าอี้ เติงนอนได้ด้วย ตนเอง				
28. ท่านสามารถเข้า-ออกห้องน้ำได้ด้วยตนเอง				
29. ท่านสามารถเคลื่อนที่หรือเดินไปตามที่ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง				
30. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ด้วยตนเอง				
31. ท่านสามารถเดินขึ้น - ลงบันไดได้ด้วยตนเอง				

#### ด้านปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ข้อความ	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ปฏิบัติ
การแสดงออกทางด้านอารมณ์				
1. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่ กับผู้อื่น				
2. ท่านแสดงท่าทางเมื่อท่านรู้สึก ดีใจ เสียใจ โกรธ				
3. เมื่อท่านต้องการรู้จักบุคคลหนึ่ง ท่านจะแสดง ท่าทางกระตือรือร้นเพื่อแสดงความต้องการ				
ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น				
4. ท่านมักสังเกตท่าทางการแสดงออก หรือ การพูด				

ข้อความ	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ปฏิบัติ
ของบุคคลที่ท่านปฏิสัมพันธ์ด้วย				
5. ท่านสามารถรับรู้ถึงอารมณ์ของบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจากการสังเกตการแสดงออก				
6. ท่านสามารถทราบถึงความต้องการของบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วยต้องการสื่อความหมาย				
<b>การควบคุมอารมณ์ของตนเอง</b>				
7. เมื่อท่านรู้สึกโกรธ หรือ โมโห ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้				
8. ท่านสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ ถึงแม้ท่านจะรู้สึกไม่พึงพอใจ				
9. ท่านมักจะสังเกตอารมณ์ของบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วย				
<b>การแสดงออกทางสังคม</b>				
10. ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันได้				
11. ท่านสามารถพูดคุยกับบุคคลที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับชุมชนได้				
12. ท่านสามารถไปร่วมงานต่างๆของชุมชนได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งในใจ				
<b>ความไวในการรับรู้ทางสังคม</b>				
13. ท่านสามารถสื่อสารกับบุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ได้อย่างเข้าใจ				
14. ท่านสามารถเข้าใจในภาษาที่บุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วย				
15. ท่านสามารถเข้าใจในภาษาที่บุคคลที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วยแสดงออก				
16. ท่านมักสังเกตปฏิกิริยาหรือการแสดงออกของผู้ที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์ด้วย				

ข้อความ	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ปฏิบัติ
<b>การควบคุมทางสังคม</b>				
17. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งในใจ				
18. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน				
19. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนที่ท่านมีความถนัดหรือมีความสามารถ เช่น การตัดตุง การจัดดอกไม้ เป็นต้น				
20. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ท่านสามารถควบคุมตนเองได้				

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องตรงตามความเป็นจริง

	ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับท่าน				
		น้อย	น้อย ที่สุด	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	<b>การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ</b>					
1	ฉันสามารถค้นหาข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น					
2	ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพใหม่ๆเสมอ เพื่อฉันจะได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี					
3	ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะช่วยให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพของฉัน					
4	ฉันสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ					
5	ฉันสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาที่ฉันหรือคนในครอบครัวของฉัน					

	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
		น้อย	น้อยที่สุด	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	เป็นอยู่					
6	ฉันมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของฉัน					
	<b>การรู้เท่าทันสื่อ</b>					
7	ฉันมีความรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี					
8	ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จากสื่อ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ(application) และสื่อออนไลน์ (facebook, line)					
9	ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสาร แผ่นพับหรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้					
10	ฉันรู้และเข้าใจในคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง					
11	เมื่อมีข้อมูลด้านสุขภาพใหม่เข้ามาฉันจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
12	ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเอง ก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ					
	<b>การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม</b>					
13	เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพ ที่สามารถให้ข้อมูลและให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับฉันได้					

	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
		น้อย	น้อย ที่สุด	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
14	ฉันสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่มี ความรู้และความสนใจด้านสุขภาพเหมือนกันได้					
15	ฉันมั่นใจว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะเข้าใจฉัน เมื่อมีการ แลกเปลี่ยนพูดคุยกับฉัน					
16	ฉันซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับผู้ให้บริการ สุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น					
17	ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพให้กับบุคคล อื่นเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพนั้นได้					
18	ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพให้กับบุคคล อื่นเชื่อในข้อมูลด้านสุขภาพนั้นได้					
	<b>การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ การปฏิบัติ</b>					
19	ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพ ตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยได้					
20	ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการ ส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองได้					
21	ฉันตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพ ตนเอง และจะทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้					
22	ถึงแม้ว่าจะมีภารกิจมาก ฉันยังมีเวลาทำกิจกรรมที่ จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง					
23	ฉันหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจตนเอง เพื่อคอยกำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น					
24	ฉันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ฉันอยู่ใน สถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้					
	<b>ทักษะการตัดสินใจ</b>					
25	ฉันสามารถตัดสินใจออกกำลังกาย หลังจากได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม					

	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
		น้อย	น้อย ที่สุด	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
26	ฉันสามารถตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหารหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร/โภชนาการที่เหมาะสมกับวัย					
27	เมื่อเกิดความเครียด ท่านมีวิธีการคลายความเครียดหลังจากได้รับข้อมูลการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม					
28	ฉันสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ หลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ					
29	ฉันสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้อาหารเสริมผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หลังได้รับข้อมูลเรื่องประโยชน์และการใช้ที่เหมาะสม					
30	ฉันสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่มีส่งผลเสียต่อตัวเองและคนรอบข้างน้อยที่สุด					
	<b>การจัดการสุขภาพตนเอง</b>					
31	ฉันตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพทุกครั้ง					
32	ฉันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับทุกครั้ง					
33	ฉันมักจะเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการจากแหล่งข้อมูลหลายๆแหล่งเพื่อความถูกต้องของข้อมูล					
34	ฉันมักจะเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีที่สุดจากแหล่งข้อมูลหลายๆแหล่ง					
35	ฉันสามารถบอกถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือสูงแก่บุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น					
36	ฉันมักจะพูดคุยข้อมูลด้านสุขภาพใหม่ๆที่น่าเชื่อถือ					

	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน				
		น้อย	น้อย ที่สุด	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	สูงกับบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี					



**แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ**  
**“โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ”**  
**“โรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม”**

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ       ชาย       หญิง

2. อายุ .....ปี

**ส่วนที่ 2** แบบทดสอบเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อที่	ข้อความ	ความคิดเห็น	
		ถูก	ผิด
1	ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์		
2	ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะส่วนบุคคลของแต่ละคนในการดูแลสุขภาพ		
3	ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการของการมีสุขภาพที่ดี		
4	การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้เรารู้เท่าทันบุคคลอื่นในการด้านดูแลสุขภาพด้วยการใช้สื่อออนไลน์ต่างๆ		
5	การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถมีสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง		
6	ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้เรารู้เท่าทันสื่อสารมวลชนที่นำเสนอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
7	การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีสามารถช่วยให้คนมีสุขภาพดีได้		
8	ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนจำเป็นต้องมีเพื่อการมีสุขภาพที่ดี		
9	ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ทุกคนในสังคมมีสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง		
10	ท่านสามารถบอกบุคคลอื่นๆถึงวิธีดูแลสุขภาพของท่าน ถือว่าท่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ		



**แบบประเมินเจตคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม**  
**ต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ**  
**“โรงเรียนผู้สูงวัยป่าไผ่คุณธรรม”**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1. เพศ       ชาย                                       หญิง  
 2. อายุ ..... ปี

**ส่วนที่ 2 การประเมินเจตคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม**

กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ที่	ข้อความ	ระดับเจตคติ				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี					
2	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณมีสุขภาพดี					
3	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง					
4	ความรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมให้ท่านเป็นคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ					
5	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของท่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
6	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณเข้าใจในการรักษาของแพทย์					
7	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณสามารถเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพของท่านได้					
8	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณและคนในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี					
9	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณมีทักษะใหม่ๆในการดูแลสุขภาพ					
10	ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้คุณสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้					

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

**แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม**  
**“โครงการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ”**  
**“โรงเรียนผู้สูงอายุป่าไผ่คุณธรรม”**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1. เพศ           ○ ชาย   ○ หญิง  
 2. อายุ ..... ปี

**ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม**

กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ที่	ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	ระดับเจตคติ				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1	การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อท่าน					
2	ท่านได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อไปปรับใช้ได้					
3	รูปแบบ/หัวข้อ ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
4	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
5	วิทยากรสามารถให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี					
6	วิทยากรมีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง					
7	กิจกรรมที่วิทยากรจัดให้ผู้เข้าร่วมโครงการ					
8	สื่อ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
9	สถานที่ในการจัดกิจกรรม					

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....  
 .....  
 .....



ภาคผนวก ข

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

## คู่มือ

โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่



โดย

กนกวรรณ อังกลิทธิ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาบริหารศาสตร์ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

## คำนำ

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่” มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มผู้สูงอายุ โดยเอกสารคู่มือนี้ได้กำหนดแนวทาง ขั้นตอนวิธีการดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยได้มีการกำหนดองค์ประกอบ วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ กิจกรรมตามเนื้อหาสาระ สื่อ/อุปกรณ์ ที่สอดคล้องกับเนื้อหาสาระและกิจกรรม และวิธีการวัดและประเมินผล เพื่อนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และกลยุทธ์ที่ใช้ในโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ เกิดจากการสังเคราะห์ทฤษฎี หลักการด้านการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเองและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งของไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงหวังว่าคู่มือการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถที่นำไปใช้ในการพัฒนาและสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพดี และมีความสุขกับวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่

กนกวรรณ อังกลีทธิ

## คำชี้แจงการใช้คู่มือ

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการนำองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเองและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีมาจัดเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

หัวข้อของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

เรื่องที่	เนื้อหา	จำนวนครั้ง
1	ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	3
2	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ	2
3	ทักษะการสื่อสาร	2
4	ทักษะการจัดการตนเอง	2
5	ทักษะการตัดสินใจ	2
6	การรู้เท่าทันสื่อ	2
7	การพัฒนาสุขภาพตนเอง	2
8	กิจกรรม “รู้เขารู้เรา”	1
	<b>จำนวน</b>	<b>16</b>

### ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาในการจัดอบรมจำนวน 16 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเองและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีแนวทางในการพิจารณาจัดระยะเวลาในการทำกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างความรู้ใน 6 องค์ประกอบ
2. ในการอบรมจะมีการเชิญวิทยากรหรือผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละด้าน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้และประสบการณ์ตรงที่ดี และสามารถนำไปใช้ในอนาคตได้จริง

## กิจกรรมความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพแบบองค์รวมและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

### เนื้อหา

1. การดูแลสุขภาพองค์รวม
2. การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
3. ภาวะสมองเสื่อม
3. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 9 ชั่วโมง (3 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง)

### กิจกรรมการอบรม

#### ครั้งที่ 1

- ลงทะเบียน
- ฟังการบรรยาย เรื่อง “สูงวัยใส่ใจ” การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- นำเสนอการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
- ให้ผู้สูงอายุทำท่าการออกกำลังกายพร้อมกัน
- สนทนาแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความรู้สึของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ทำเป็นประจำ และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

#### ครั้งที่ 2

- ลงทะเบียน
- ฟังการบรรยาย เรื่อง “ลืม...ภาวะสมองเสื่อม อันตรายใกล้ตัว”
- ทำแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อม

- นำกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมและให้ผู้เข้าอบรมลองทำกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมพร้อมกัน
- สนทนาแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (อาการแสดง / การสังเกตตนเอง) และข้อดี-ข้อเสียของกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

### ครั้งที่ 3

- ลงทะเบียน
- ฟังการบรรยาย เรื่อง “กินอย่างไรดีต่อสุขภาพ”
- กิจกรรม “เมนูสุขภาพ”
- แบ่งกลุ่มออกเป็น 9 กลุ่มๆละ 5 คน โดยสนทนาแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน อาหารที่มีในชุมชน มีผลดีต่อสุขภาพ ในกลุ่มแล้วให้ผู้แทนนำเสนอ
- กิจกรรมกลุ่ม จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ใน 1 วัน
- วิทยากรให้ข้อเสนอแนะ และผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิธีการปฏิบัติตน

### อุปกรณ์/สื่อ

- PowerPoint slides เรื่อง “สูงวัยใส่ใจ” การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม
- แบบประเมินภาวะความจำเสื่อมด้วยตนเองสำหรับประชาชน ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ตัวอย่าง Website ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปศึกษาด้วยตนเอง
- PowerPoint slides เรื่อง “กินอย่างไรดีต่อสุขภาพ”
- กิจกรรมกลุ่ม จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ใน 1 วัน

### วิธีการประเมิน

- การสังเกต
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ



## 1. การดูแลสุขภาพองค์รวม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของ สุขภาพ (Health) หมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตปัญญา ส่วนคำนิยาม สุขภาวะ (Well-Being) คือ การที่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตปัญญาอยู่กันอย่างสมดุล (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างใน ปรถ ปฐพีทอง, 2547 และ Mathai, 2005)

สุขภาวะ (Well-Being) คือการมีสุขภาพดีมีความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล ความเป็น องค์รวมของ 4 มิติคือ กาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตปัญญา ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนา มนุษย์และสังคม เพื่อสร้าง “ความอยู่เย็นเป็นสุข” (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างใน กองบรรณาธิการใกล้หมอ, 2547)

สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่มี ความเครียด มีสติสัมปชัญญะ และความคิดอ่านตามควรแก่อายุ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างใน (ประเวศ วะสี, 2547) และสันต์ หัตถิรัตน์, 2548)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย (Physical Health) หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างใน ประเวศ วะสี, 2547)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม (Social Health) หมายถึงความสามารถในการอยู่ร่วมกันในสังคม มีความสุข สันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างใน สันต์ หัตถิรัตน์, 2548)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตปัญญา (Spiritual Health) เป็นความสุขที่เกิดจากการเข้าใจ ธรรมชาติ เข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่ง จนจนเกิดความรอบรู้ (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549 อ้างใน สันต์ หัตถิรัตน์, 2548)

ดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นปรัชญาของการมีสุขภาวะที่ดี โดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตปัญญา ไม่ได้ พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิภพ ความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ จิตปัญญา และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด

### วิธีการดูแลสุขภาพองค์รวม

1. อาหารและโภชนาการ
2. การผ่อนคลายความเครียด
3. การเยียวยาทางจิตใจและการทำสมาธิ
4. การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ
5. การพักผ่อนที่เพียงพอ
6. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เพศ และสภาพร่างกาย
7. การแบ่งปันความรัก และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรอบข้าง รวมทั้งตนเอง
8. การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์
9. การสร้างสัมพันธ์ภาพทางจิตปัญญาและการเยียวยา
10. การพัฒนาปัญญา

### 2. การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

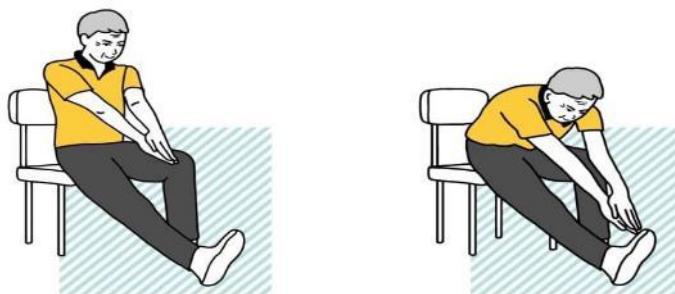
1. การออกกำลังกายเฉพาะส่วน เช่น การบริหารข้อไหล่ในผู้ป่วยโรคไหล่ติด การบริหารกล้ามเนื้อหลังในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง และการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าในกรณีข้อเข่าเสื่อม
2. การออกกำลังกายโดยทั่วไป ซึ่งจะมีผลทำให้จิตใจแจ่มใส ร่างกายแข็งแรง และมีผลดีโดยอ้อมคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น ลดอุบัติเหตุการล้ม ซึ่งสาเหตุของกระดูกหัก รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่น ๆ เช่นภาวะปอดบวม ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ เช่นการวิ่งเหยาะๆ ในกรณีที่ไม่มีอาการข้อเข่าเสื่อม การเดิน การเดินแอโรบิก การรำมวยจีน การรำไม้พลอง เป็นต้น

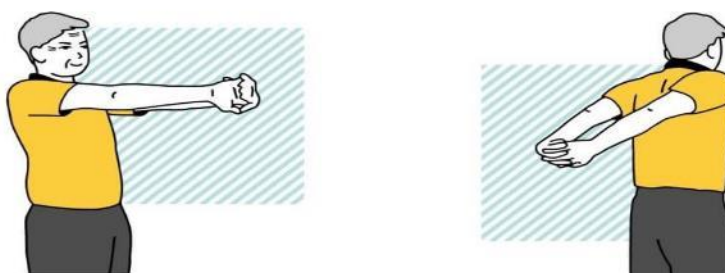
### ภาวะที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย

1. อาการเจ็บแน่นหน้าอก ที่ยังควบคุมไม่ได้
2. มีความดันโลหิตสูงขณะออกกำลังกาย
3. การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ
4. อาการเวียนศีรษะ
5. สภาพแวดล้อม และภูมิอากาศไม่เหมาะสม
6. หลังรับประทานอาหารมื้อหลัก

## ท่าออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

(ที่มา: <https://medium.com/@anutidasrimanta/10-ท่า-ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ-ทำง่าย>)ท่า **ยืดเหยียด** กล้ามเนื้อ**1** ยืดกล้ามเนื้อต้นขาหลังและน่อง

- นั่งบนเก้าอี้(ไม่มีล้อ)ครึ่งกัน
- เหยียดเท้าขวาไปด้านหน้า วางสันเท้าบนพื้น กระดกปลายเท้าขึ้น
- เหยียดแขนก้มตัวแตะปลายเท้า ค้างไว้ 15 วินาที สลับท่าแบบเดิมอีกข้างหนึ่ง

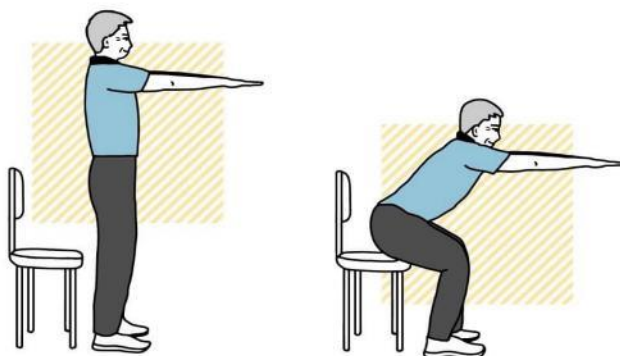
ท่า **ยืดเหยียด** กล้ามเนื้อ**2** ยืดกล้ามเนื้อแขน ไหล่ ออก และหลัง

- ยืนแยกเท้า กว้างระดับไหล่
- ประสานมือไว้ด้านหน้าระดับอก
- ยกแขนขึ้นให้มากที่สุด ค้างไว้ 15 วินาที
- ยืนแยกเท้า กว้างระดับไหล่
- ประสานมือไว้ด้านหลัง
- ยกแขนขึ้นให้มากที่สุด ค้างไว้ 15 วินาที



## ท่าฝึก **ความแข็งแรง**

**3** ยืน-ย่อ เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขา สะโพก ก้น



- ยืนแยกเท้า กว้างระดับไหล่
- ย่อตัวลงเหมือนจะนั่งเก้าอี้ แต่ยังไม่ถึงกับนั่ง แล้วยืนขึ้นตัวตรง นับเป็น 1 ครั้ง
- ทำขึ้นลงแบบนี้ซ้ำๆ จนครบ 12-15 ครั้ง จะนับเป็น 1 เซท

SENIZENS  
By Chana Wattana

## ท่าฝึก **ความแข็งแรง**

**4** นั่งเตะเก้าอี้ เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า

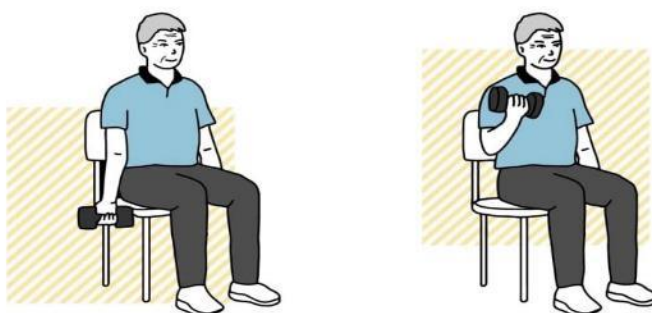


- นั่งบนเก้าอี้ เก้าอี้กว้างเท่าไหล่
- ยกเท้าขึ้นซ้ำๆ จนเข้าเหยียดตึง นับ 1 ครั้ง  
ทำขึ้นลงแบบนี้ซ้ำๆ จนครบ 12 ครั้ง จะนับเป็น 1 เซท

SENIZENS  
By Chana Wattana

## ท่าฝึก **ความแข็งแรง**

### 5 พับแขน เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้า

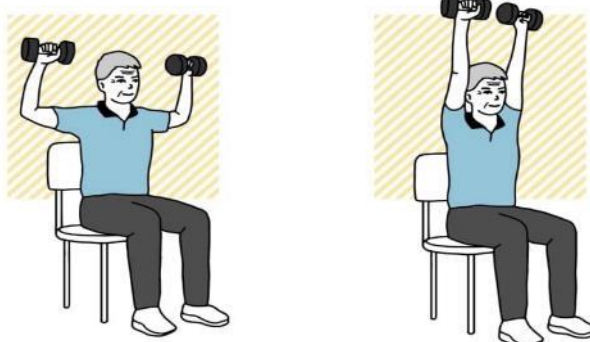


- นั่งบนเก้าอี้ มือทั้งสองข้างถือขวดน้ำ หรือดัมเบลล์ ใ้ห่างแขนข้างลำตัวหันฝ่ามือออกมาด้านหน้า
- ยกน้ำหนักโดยพับแขนเข้าหาตัว นับ 1 ครั้ง ทำขึ้นลงแบบนี้ซ้ำๆ จนครบ 12 ครั้ง จะนับเป็น 1 เซท



## ท่าฝึก **ความแข็งแรง**

### 6 ยกแขน เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อหัวไหล่

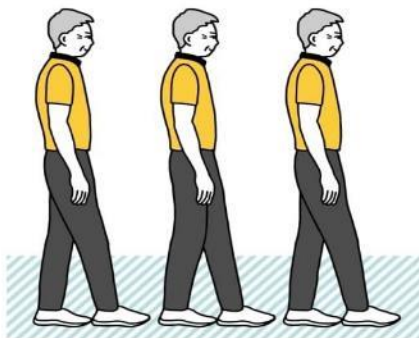


- นั่งบนเก้าอี้ มือทั้งสองข้างถือขวดน้ำ หรือดัมเบลล์ ยกแขนขึ้นงอศอก ใ้ศอกอยู่ในระดับหัวไหล่
- ยกน้ำหนักขึ้นเหนือศีรษะ นับ 1 ครั้ง ทำขึ้นลงแบบนี้ซ้ำๆ จนครบ 12-15 ครั้ง จะนับเป็น 1 เซท



## ท่าฝึก การทรงตัว

### 7 เดินต่อเท้า

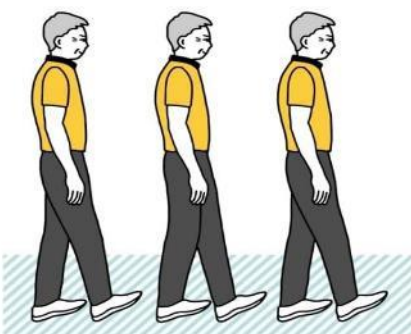


- ยืนตรงมองไปข้างหน้า
- ค่อยๆ เริ่มเดินโดยก้าวเท้าไปไว้ข้างหน้าในลักษณะปลายเท้าต่อสันเท้าและเดินเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 10 ก้าว
- จากนั้นกลับหลังหัน เดินต่อเท้าอีก 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 ครั้ง



## ท่าฝึก การทรงตัว

### 8 เดินด้วยสันเท้า



- ยืนตรงมองไปข้างหน้า
- ค่อยๆ เริ่มเดินด้วยสันเท้าโดยก้าวเท้าไปไว้ข้างหน้าจนครบ 10 ก้าว
- จากนั้นกลับหลังหัน เดินกลับอีก 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 ครั้ง



## ท่าฝึก **การทรงตัว**

### 9 เดินสไลด์ด้านข้าง



- ยืนตรงมองไปข้างหน้า
- เดินไปทางขวา 10 ก้าว
- จากนั้นเดินกลับไปทางซ้าย 10 ก้าว
- ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง



## ท่าฝึก **การทรงตัว**

### 10 ยืนขาเดียว



- ยืนตรงมองไปข้างหน้า
- ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นและยืนด้วยขาข้างเดียว นาน 10 วินาที
- จากนั้นเปลี่ยนข้างอีก 10 วินาที



(ที่มา: <https://www.cherseryhome.com/content/5999/ออกกำลังกายในผู้สูงอายุ>)



1 ยืนขาเดียวทรงตัว  
ท่าที่ 1

Chersery home

กางแขน หุบแขน กอดอก

ยืนขาเดียวกางแขน หุบแขน และกอดอกตามลำดับ  
แต่ละท่าให้ทำค้างไว้ประมาณ 2-3 นาที  
ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง/วัน ให้พยายามถ่ายน้ำหนักไปรอบๆ เท้า  
เพื่อให้กล้ามเนื้อขาฝึกทำงานประสานกัน

การฝึกการทรงตัวและ  
การประสานงานของเส้นประสาท

บอก "รัก" ผู้สูงอายุ เพื่อใจให้เราดูแล





## 2 ยืนขาเดียวย่อขา

ท่าที่



ยืนทรงตัวขาเดียว จากนั้นย่อเข่าเล็กน้อย  
หลังตรงโน้มลำตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย  
เหยียดสะโพกไปด้านหลัง และในขณะที่ย่อย่อให้เข่าเลยปลายเท้า  
ทำเซตละ 10-20 ครั้ง ทำซ้ำ 2-3 เซต/วัน

บอก "รัก" ผู้สูงวัย เชื่อใจให้เราได้ดูแล

การฝึกการทรงตัวและ  
การประสานงานของเส้นประสาท



## 3 เดินทรงตัวบนเส้นตรง

ท่าที่



เดินทรงตัวเป็นเส้นตรง ในลักษณะเดินต่อส้นเท้า  
สายตามองไปข้างหน้าระยะทางประมาณ 5-10 เมตร  
ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง/วัน

บอก "รัก" ผู้สูงวัย เชื่อใจให้เราได้ดูแล

การฝึกการทรงตัวและ  
การประสานงานของเส้นประสาท

## 4 สไลด์ผ้าขนหนู

ท่าที่



ยืนทรงตัวด้วยขาข้างเดียว เท้าอีกข้างเหยียบผ้าขนหนู  
จากนั้นดันผ้าขนหนูไปด้านหน้า ด้านข้าง ด้านหลัง  
แล้วกลับสู่ท่าเริ่มต้นทำเซตละ 10-20 ครั้ง  
ทำซ้ำ 2-3 เซต/วัน

บอก "รัก" ผู้สูงวัย เชื้อใจให้รักดูแล

การฝึกการทรงตัวและ  
การประสานงานของเส้นประสาท

## 5 คลึงข้อเท้าด้วยลูกฟุตบอล

ท่าที่



คลึงลูกฟุตบอลไปรอบทิศทาง  
เพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวรอบข้อเท้าได้ดีขึ้น

บอก "รัก" ผู้สูงวัย เชื้อใจให้รักดูแล

การฝึกการทรงตัวและ  
การประสานงานของเส้นประสาท

## 6 ยืนขาเดียวทรงตัว

ท่าที่



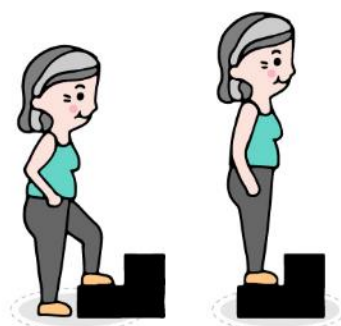
ขาอีกข้างงอเข่ายกขึ้นระดับเอวจากนั้นกางสะโพกเข้า-ออก  
ด้านข้าง ทำเซตละ 10-20 ครั้ง ทำซ้ำ 2-3 เซต/วัน

บอกรัก" ผู้สูงอายุ เพื่อใจให้เราดูแล

การฝึกการทรงตัวและ  
การประสานงานของเส้นประสาท

## 7 ก้าวขึ้น-ลงบันไดทรงตัว

ท่าที่



ก้าวขึ้น-ลงบันได เพื่อฝึกการทรงตัว  
ทำเซตละ 10-20 ครั้ง ทำซ้ำ 2-3 เซต/วัน  
เพื่อการทรงตัวที่ดี และให้กล้ามเนื้อได้ทำงานประสานได้ดีขึ้น

บอกรัก" ผู้สูงอายุ เพื่อใจให้เราดูแล

การฝึกการทรงตัวและ  
การประสานงานของเส้นประสาท

(ที่มา: <https://www.scurmincomplex.com/5-best-types-of-exercise-for-older-adults/>)

 101-4000101 คอมเพล็กซ์

## ท่าบริหารไหล่ และต้นแขน

1. ยืนให้เท้าแยกจากกันเล็กน้อย
2. ใช้มือข้างหนึ่งจับปลายผ้าขนหนูไว้ด้านบน ตำแหน่งด้านหลังศีรษะ
3. เอามืออีกข้างหนึ่งมาจับปลายผ้าขนหนูอีกด้าน
4. ค่อยๆ ดึงผ้าขนหนูลง โดยอย่าให้ผ้าหย่อน จนรู้สึกไหล่ตึงแล้วหยุด
5. ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง แล้วสลับข้าง



 101-4000101 คอมเพล็กซ์

## ท่าขู่มือเหนือศีรษะ

1. ยืน หรือ นั่งให้เท้าแยกเล็กน้อย
2. ถือกระป๋อง หรือขวดน้ำเอาไว้ทั้งสองข้าง โดยให้น้ำหนักเท่ากัน
3. มองไปข้างหน้า ต้นแขนกางออกขนานกับพื้น หายใจเข้า
4. หายใจออก พร้อมกับขู่มือขึ้นทั้งสองข้าง ค้างไว้ 1 วินาที
5. หายใจเข้า พร้อมกับลดแขนกลับสู่ตำแหน่งเดิม
6. ทำซ้ำอีก 10 - 15 ครั้ง



## ท่าลูกนั่งบนเก้าอี้



1. นั่งหลังตรง เก้า และเข่าห่างจากกัน
2. เอามือไขว้ไว้ที่กลางอก เอนตัวไปด้านหลัง หลังและไหล่ตรง หายใจเข้า
3. หายใจออก พร้อมเอนตัวกลับมาในท่านั่งตรง
4. ยืดแขนตรง ให้แขนขนานกับพื้น จากนั้นค่อยๆ ยืนขึ้นอย่างช้าๆ
5. หายใจเข้า พร้อมกับค่อยๆ กลับไปนั่งเก้าอี้อย่างช้าๆ
6. ทำซ้ำอีก 10 - 15 ครั้ง

## ท่าปลายเท้าแตะส้น

1. เริ่มในท่านั่ง โดยให้ปลายเท้าข้างหนึ่งแตะ หรือเกือบแตะส้นเท้าอีกข้าง
2. มองไปยังตำแหน่งที่ต้องการ และโฟกัสที่จุดนั้นเพื่อก้าวอย่างอ่อนนุ่มนวล
3. ค่อยๆ เดินทีละก้าว โดยพยายามให้ปลายเท้าแตะที่ส้นเท้าอีกข้างหนึ่ง
4. ทำซ้ำสัก 20 ก้าว



## ทำยืดขาไปด้านหลัง



1. ยืนหลังเท้าอ้า โดยเอามือจับพนักพิงเพื่อทรงตัว จากนั้นหายใจเข้า
2. หายใจออก พร้อมค่อยๆ ยกขาหนึ่งข้างไปด้านหลัง พยายามไม่งอเข่า และไม่เอนไปด้านหน้า ขาข้างที่ยืนพื้น งอได้เล็กน้อย
3. ค้างไว้ 1 วินาที
4. จากนั้นทำซ้ำ ข้างละ 10 - 15 ครั้ง



(ที่มา: [https://www.hongthongrice.com/life/blog/easy\\_healthy/5elder/](https://www.hongthongrice.com/life/blog/easy_healthy/5elder/))

## 1.ท่าหั่นคอ



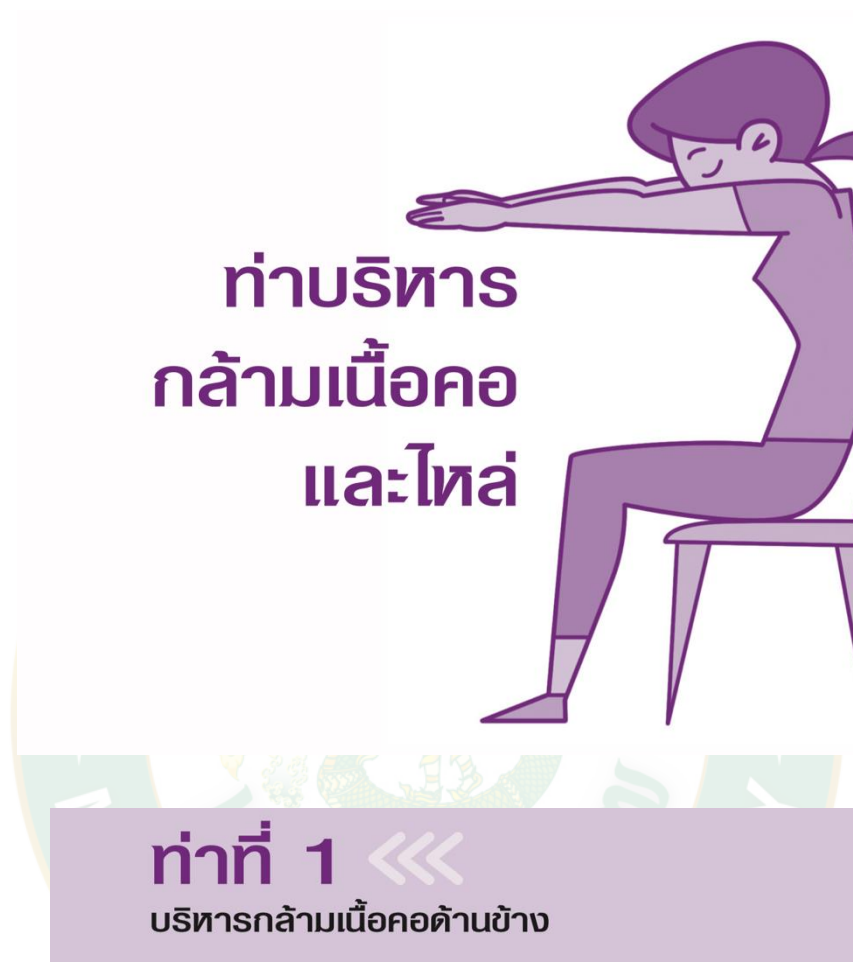
life

## 2.ท่ายืดกล้ามเนื้อหลังเข่า



life

(ที่มา: <https://www.dpe.go.th/manual-files-392891791902>)



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. หันศีรษะไปทางขวาช้า ๆ ค้างไว้ นับ 1 - 5
2. หันกลับมาหน้าตรง หยุดพักสักครู่
3. หันศีรษะไปทางซ้ายช้า ๆ ค้างไว้ นับ 1 - 5
4. ปฏิบัติซ้ำข้อ 1 - 3 จำนวน 5 - 10 ครั้ง



## ท่าที่ 2 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อคอด้านข้าง



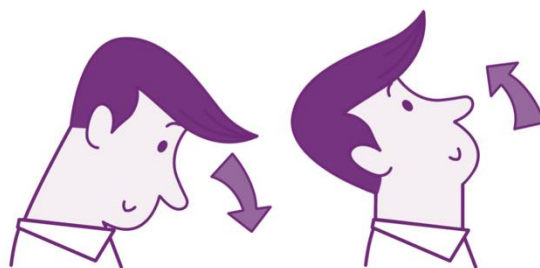
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. เอียงคอไปด้านขวา พยายามให้หูเข้าไปใกล้ไหล่ (อย่ายกไหล่ขึ้นมา) ค้างไว้ นับ 1 - 5
2. เอียงคอกลับในด้านศีรษะตรงหยุดพักสักครู่
3. เอียงคอไปด้านซ้าย ปฏิบัติเช่นกัน คิดเป็น 1 รอบ
4. ปฏิบัติซ้ำ ข้อ 1 - 3 จำนวน 5 รอบ

## ท่าที่ 3 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อคอด้านหน้าและด้านหลัง



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ก้มศีรษะ พยายามให้คางสัมผัสผศอกหยุดค้างไว้ นับ 1 - 5
2. เงยหน้าขึ้นช้า ๆ ไปด้านหลัง เท่าที่จะทำได้
3. ปฏิบัติซ้ำข้อ 1 - 2 ซ้ำ จำนวน 5 ครั้ง

## ท่าที่ 4 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อไหล่



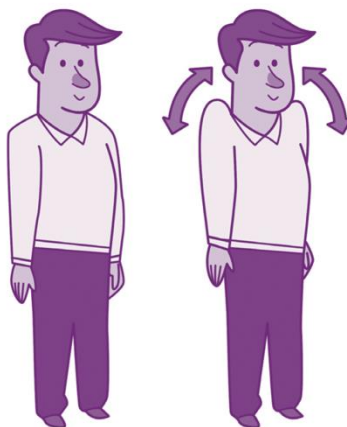
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นิ่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ยกแขน 2 ข้างออกนอกลำตัว งอข้อศอก ขนานกับพื้น ฝ่ามือประสานกัน
2. ออกแรงดันต้านกัน ค้างไว้นับ 1 - 5
3. ปฏิบัติซ้ำ 5 ครั้ง

## ท่าที่ 5 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อไหล่



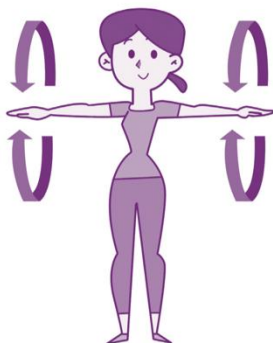
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นิ่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. นิ่งบนเก้าอี้ หายใจเข้าลึก ๆ พร้อมกับยกไหล่ขึ้นสูงเท่าที่จะทำได้
2. หายใจออกพร้อมกับลดระดับไหล่ลง
3. ปฏิบัติซ้ำ ข้อ 1 - 2 จำนวน 10-15 ครั้ง

## ท่าที่ 6 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อไหล่และสะบัก



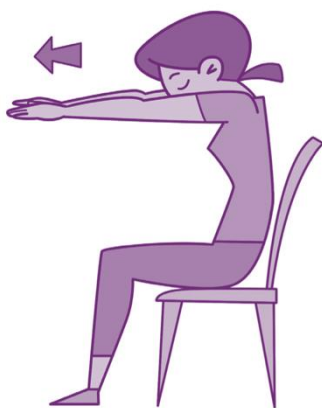
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้หรือยืน ลำตัวตรง หลังตรง

1. แขนทั้งสองเหยียดตรงทางออกข้างลำตัว
2. หมุนข้อไหล่ให้เป็นวงกลมกว้างที่สุดเท่าที่จะกว้างได้
3. หมุนไปด้านหน้า
4. หมุนย้อนกลับไปที่ด้านหลัง
5. ปฏิบัติด้านละ 5 - 10 ครั้ง

## ท่าที่ 7 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อไหล่และสะบัก



#### วิธีการปฏิบัติ

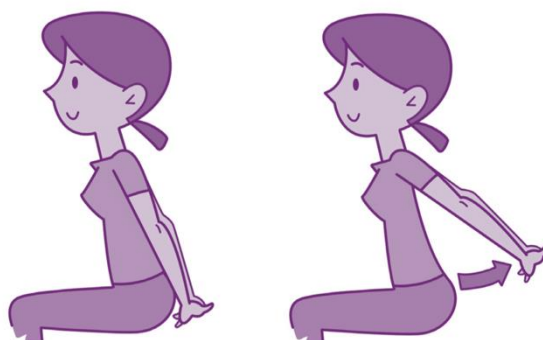
ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ประสานมือไว้ระดับหน้าอก
2. หันฝ่ามือออกยึดแขนไปด้านหน้า ค้างไว้นับ 1 - 5
3. ปฏิบัติซ้ำข้อ 1 - 2 จำนวน 5 ครั้ง

## ท่าบริหาร กล้ามเนื้ออก



### ท่าที่ 8 <<< บริหารกล้ามเนื้ออก



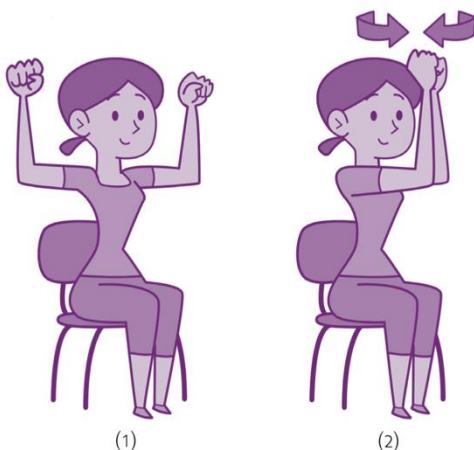
#### วิธีการปฏิบัติ

**ท่าเตรียม** นิ่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. เหยียดแขนไปด้านหลัง ประสานมือทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน ฝ่ามือออกนอกลำตัว
2. ยึดจุดบริเวณข้อศอกซ้ายๆ และพยายามให้แขนทั้งสองข้างเหยียดตรง (ฝ่ามือยังคงประสานกันอยู่)
3. นิ่งให้ลำตัวตรง บริเวณหน้าอกตึง ค้างไว้ นับ 1 - 5

## ท่าที่ 9 <<<

### บริหารกล้ามเนื้ออก



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. นั่งตัวตรง กางแขนระดับไหล่ตั้งรูป (1)
2. นำแขนชิดกันตั้งรูป (2) แล้วกางออก
3. ปฏิบัติซ้ำ 10 - 15 ครั้ง

## ท่าที่ 10 <<<

### บริหารกล้ามเนื้ออก

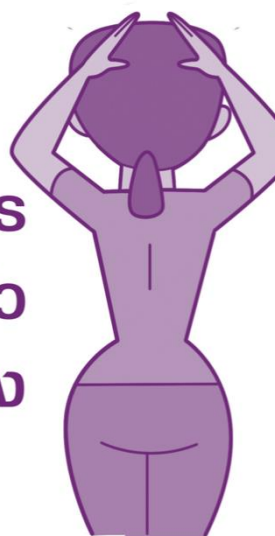


#### วิธีการปฏิบัติ

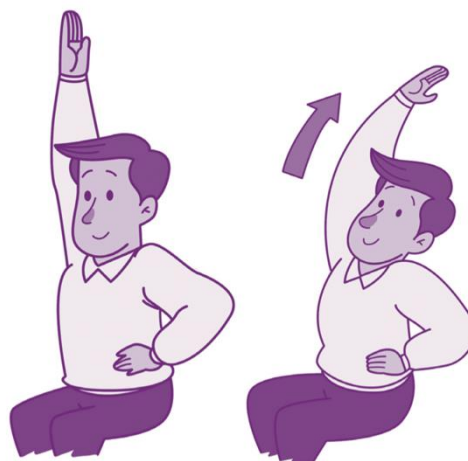
ท่าเตรียม ก้มตัววางแขนกว้างช่วงไหล่กับโต๊ะจัดลำตัวให้ตรง เข่าตั้ง  
ยกส้นเท้าขึ้น

1. ดันตัวกับโต๊ะทำงาน งอศอกขึ้นลงช้าๆ
2. ปฏิบัติ 10 - 15 ครั้ง

## ท่าบริหาร กล้ามเนื้อลำตัว และหลัง



### ท่าที่ 11 <<< บริหารกล้ามเนื้อลำตัวด้านข้าง



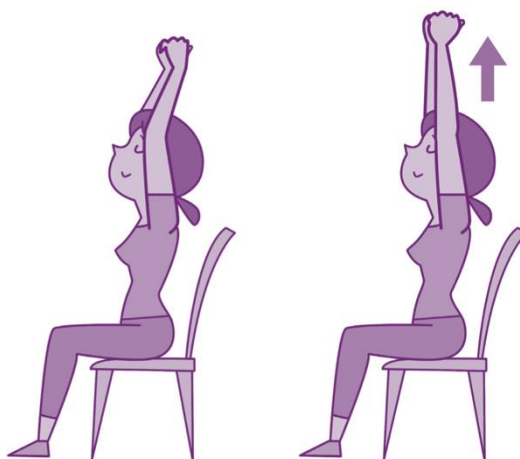
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ชูแขนขวาเหยียดขึ้นเหนือศีรษะ เอียงตัวไปข้างซ้าย
2. ค้างไว้นับ 1 - 5 ทำสลับข้าง
3. ปฏิบัติ 5 ครั้งในแต่ละข้าง

## ท่าที่ 12 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อลำตัว



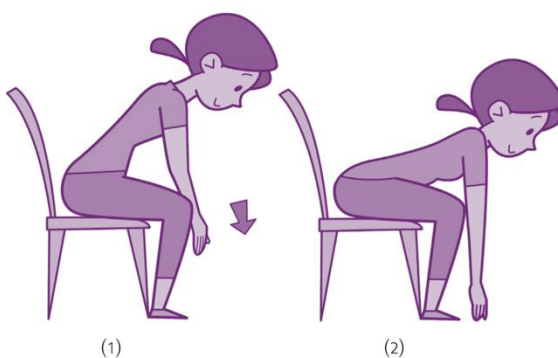
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ยกแขน 2 ข้างขึ้น มือประสานไว้ที่เหนือศีรษะ
2. ยืดแขน 2 ข้างเหนือศีรษะเต็มที่ ค้างไว้นับ 1 - 5
4. ปฏิบัติซ้ำ 5 ครั้ง

## ท่าที่ 13 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง



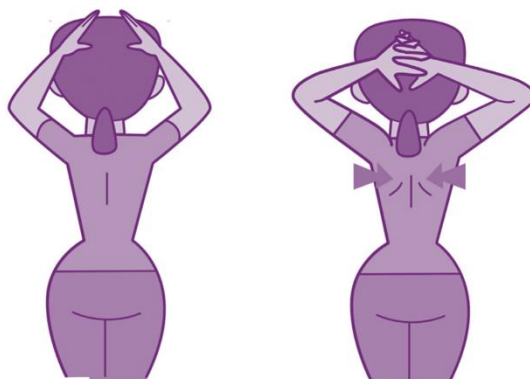
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ก้มตัวลงเอาปลายนิ้วมือแตะพื้น จนกระทั่งเริ่มมีอาการตึงหลัง
2. ค้างไว้ นับ 1 - 5 แล้วกลับสู่ท่าเริ่มต้น
3. ปฏิบัติ 5 ครั้ง

## ท่าที่ 14 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อหลังส่วนบน



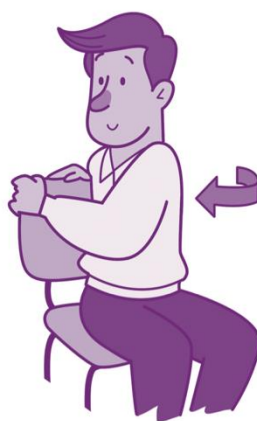
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ประสานมือไว้บริเวณด้านหลังศีรษะ
2. ซี่งศอกทั้งสองด้านกางออกนอกลำตัว
3. ค่อยๆดึงไหล่เข้า - ออก พร้อมกัน ค้างไว้ นับ 1 - 5
4. ปฏิบัติ 5 ครั้ง

## ท่าที่ 15 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อลำตัวด้านข้าง



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. บิดลำตัวไปด้านขวา มือหันไปจับพนักเก้าอี้
2. ค้างไว้ นับ 1 - 5 ทำสลับข้าง
3. ปฏิบัติข้างละ 5 ครั้ง



## ท่าบริหาร กล้ามเนื้อสะโพก และต้นขา



### ท่าที่ 16 <<< บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง งอเข่า

1. มือจับเก้าอี้ข้างลำตัว เหยียดเข่าให้ขาเหยียดตึง ปลายเท้าชี้ขึ้น อยู่ในแนวตรงดั่งภาพ
2. ค้างไว้นับ 1 - 5 กลับสู่ท่าเตรียม
3. ปฏิบัติสลับข้าง ข้างละ 5-10 ครั้ง

## ท่าที่ 17 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง



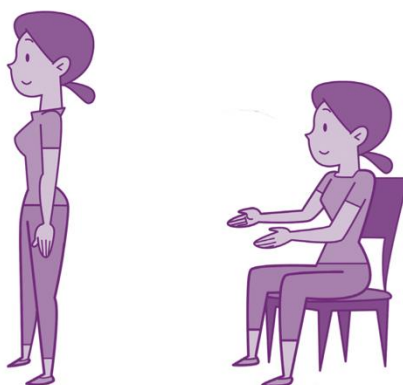
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง หลังตรง

1. ยกเข่าขวามือจับใต้เข่า ดึงเข่าหอก (ลำตัวตรง)
2. ค้างไว้นับ 1 - 5 กลับสู่ท่าเตรียม
3. ปฏิบัติสลับข้าง ซ้ำละ 5 - 10 ครั้ง

## ท่าที่ 18 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อสะโพกและต้นขา



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม ยืนตรง แยกเท้ากว้างหนึ่งช่วงไหล่

1. ย่อตัวนั่งก้มแตะเก้าอี้
2. ยืนขึ้นกลับสู่ท่าเริ่มต้น (ปฏิบัติต่อเนื่อง)
3. ปฏิบัติ 5 - 10 ครั้ง

## ท่าที่ 19 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อสะโพก



#### วิธีปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ในลักษณะไขว่ห้างพาดขาซ้ายไว้บนขาขวา

1. วางมือขวาไว้บนเข่าซ้าย ให้แขนซ้ายพาดบนพนักเก้าอี้
2. บิดตัวไปทางด้านซ้าย ค้างไว้นับ 1 - 5
3. ปฏิบัติสลับข้าง ซ้ำละ 3 - 5 ครั้ง

## ท่าที่ 20 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อสะโพกและต้นขา



#### วิธีปฏิบัติ

ท่าเตรียม ยืนมือจับเก้าอี้ ยืนเท้าด้านหนึ่งเป็นหลัก

1. เตะขาข้างที่เหยียดตรงไปด้านหน้าและด้านหลัง
2. ปฏิบัติจำนวน 5 - 10 ครั้ง/รอบ
3. ปฏิบัติสลับข้าง ซ้ำละ 5 รอบ

## ท่าที่ 21 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อน่อง



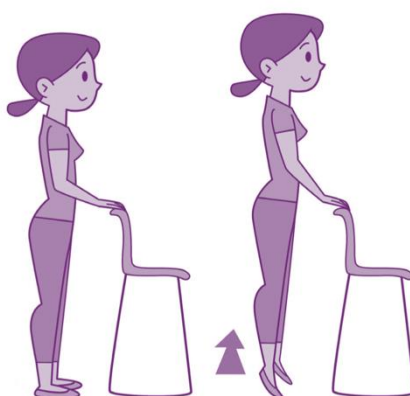
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นิ่งหลังตรงยกขาเหยียดเท้าไปด้านหน้า

1. กระดกปลายเท้าขึ้น - ลงซ้ำ
2. ปฏิบัติ 10 - 20 ครั้ง

## ท่าที่ 22 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อน่อง



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม ยืนตรง แยกเท้ากว้างเล็กน้อย เอามือจับเก้าอี้

1. เขย่งขาขึ้นลงช้าๆ
2. ปฏิบัติ 10 - 20 ครั้ง

## ท่าที่ 23 <<<

### บริหารยึดกล้ามเนื้อน่อง



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม ยืนตรง เท้าห่างจากโต๊ะเล็กน้อย

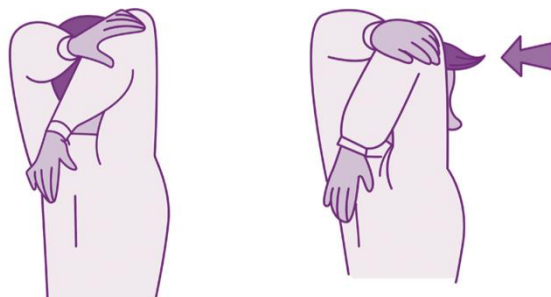
1. ถอยเท้าขวาไปด้านหลัง งอเข่าซ้าย
2. กดส้นเท้าขวาแนบกับพื้น
2. ค้างไว้ นับ 1 - 5
3. จากนั้นสลับข้างปฏิบัติในลักษณะเดียวกัน

**ท่าบริหาร**  
**กล้ามเนื้อแขน**  
**ข้อมือ และนิ้วมือ**



## ท่าที่ 24 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อแขน



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง

1. ยกแขนขวา สูงระดับศีรษะ งอศอกขวา ผ่านด้านหลังศีรษะ
2. ใช้มือซ้ายจับบริเวณ ข้อศอกขวา ออกแรงดึงข้อศอกขวา ไปทางด้านหลัง ค้างไว้ นับ 1 - 5
3. ปฏิบัติซ้ำ 5 - 10 ครั้ง แล้วสลับข้าง

## ท่าที่ 25 <<<

### บริหารกล้ามเนื้อแขนและข้อมือ



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง

1. แขนมือกระดกข้อมือขึ้นและลง
2. พยายามเคลื่อนไหวให้ได้ช่วงการเคลื่อนไหวที่มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
3. ปฏิบัติซ้ำๆ 20 ครั้ง

## ท่าที่ 26 <<<

### บริหารยึดกล้ามเนื้อแขนและข้อมือ



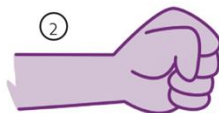
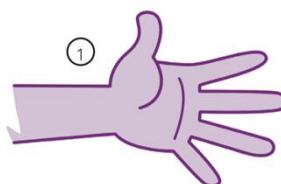
#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ แขนเหยียดตรงไปด้านหน้า

1. คว่ำมือข้างที่ต้องการบริหารลง ใช้มืออีกข้างจับหลังมือ แล้วค่อยๆ กดหลังมือลงช้าๆ จนรู้สึกตึงบริเวณข้อมือ ค้างไว้นับ 1 - 5
2. เลื่อนมือมาจับบริเวณนิ้วมือทั้ง 4 นิ้วของมือข้างที่ต้องการจะยืด แล้วค่อยๆ ยืดในทิศทางที่ข้อมือกระดกขึ้น โดยที่นิ้วทั้ง 4 เหยียดตรง ยืดจนรู้สึกตึงบริเวณข้อมือ ค้างไว้นับ 1 - 5
3. ทั้งสองท่าปฏิบัติสลับกันช้าๆ 10 ครั้ง

## ท่าที่ 27 <<<

### บริหารนิ้วมือ



#### วิธีการปฏิบัติ

ท่าเตรียม นั่งบนเก้าอี้ ลำตัวตรง แขนเหยียดตรง

1. งอนิ้วมือโดยให้ปลายนิ้วแตะบริเวณโคนนิ้วทั้ง 4 ซ้ายๆ ซึ่งอุ้งมือจะต้องไม่กำเข้ามาจนสุด
2. ค่อยๆ คลายออกให้นิ้วเหยียดตรง สลับข้าง
3. ปฏิบัติข้างละ 10 ครั้ง

### 3. ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะของสมองที่แสดงออกถึงการเสื่อมถอยด้านเซาว์ปัญญา (cognitive function) และทางด้านสติปัญญา (intellectual function) ของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีพฤติกรรมที่ผิดปกติทางการรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิด การใช้เหตุผล การคิดคำนวณ การตัดสินใจและการใช้ภาษา เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น จะพบบุคลิกภาพและ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการแสดงดังกล่าวต้องไม่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชในช่วงวินิจฉัย (วิระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560)

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการกระบวนการฟ่อตัวของเซลล์สมองซึ่งเป็นไปตามกระบวนการชรา ผลจากการฟ่อตัวทำให้เซลล์สมองเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่ไปอย่างช้า ๆ จะเริ่มจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง ของสมอง ความชุกของภาวะจึงพบสูงขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น พฤติกรรมที่ผิดปกติจะสัมพันธ์กับตำแหน่งของ เซลล์สมองที่สูญเสียหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นที่ทำให้การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมเป็นไปอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาของโรสส์และโบเวน (Ross and Bowen) พบว่าร้อยละ 5-10 ของภาวะสมองเสื่อม เกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคไปสู่จุดที่รุนแรงได้

#### ระยะ/อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถแบ่งตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติได้ 3 ระยะ (13) ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น จะเริ่มสูญเสีย ความจำที่ละน้อย โดยเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นปัจจุบัน ลืมสิ่งของบ่อยขึ้น
2. ระยะปานกลาง จำสิ่งแปลกใหม่สถานที่หรือบุคคลใหม่ ๆ ไม่ได้ ต่อมาจะลืมประวัติส่วนตัว การรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้คิดจะเริ่มสูญเสีย แสดงอาการสับสนเกี่ยวกับการรับรู้ วัน เวลา สถานที่และเรื่องสำคัญของชีวิต
3. ระยะสุดท้าย ระดับความรู้คิดจะสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ใด ๆ ได้ แม้กระทั่ง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า และระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุจะไม่รับรู้ตนเอง ไม่สามารถ ตอบสนองสิ่งเร้าได้ ร่างกายสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวและ ไม่ตอบสนองต่อการสั่งการของประสาท ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวในที่สุด

#### แนวทางการบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อม

วิธีบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ให้ผลดีในปัจจุบันต้องรักษาควบคู่กันระหว่างวิธีไม่ใช้ยาและวิธี ที่ใช้ยาในการบำบัด



1. การบำบัดรักษาที่ไม่ใช้ยา วิธีนี้เน้นการใช้กิจกรรมบำบัด แบ่งตามวัตถุประสงค์การบำบัด ได้ 3 วิธี ดังนี้

1) เพื่อให้รับรู้ความเป็นปัจจุบันของวัน เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน กิจกรรมที่สอดคล้อง ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ การเล่ารายการทีวี /ละคร ฝึกจำหน้าคน ฝึกทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย ฝึกแต่งตัวด้วยตนเอง เป็นต้น

2) เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมด้านอารมณ์ให้เกิดความจำ ดีขึ้น เน้นปฏิบัติกิจกรรมที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ เช่น ดูรูปภาพที่ถ่ายตามสถานที่ต่าง ๆ และภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในอดีต เป็นต้น

3) เพื่อปรับอารมณ์และความคิดด้วยกิจกรรม นันทนาการ เช่น การเล่นเกมสัจจาก คอมพิวเตอร์ เกมสัฟไฟ เกมสักระดาน ทำงานฝีมือ งานศิลปะและ ฟังดนตรี ให้เขียนบันทึกการดำเนินชีวิตประจำวันของตน เป็นต้น

2. การรักษาด้วยยาจะมีเป้าหมายที่แตกต่างกันเลือกใช้ตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยาที่ได้รับขออนุญาตและแพร่หลายได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของหลายประเทศ ได้แก่ ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors และ NMDA receptor antagonist ยาเหล่านี้สามารถช่วย ชะลอการเสื่อมของเซลล์สมองมีผลระดับประคองความจำ การรู้คิดและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors ให้ผลการรักษาที่ดีกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง ส่วนยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก

#### การประเมินตนเอง

ในชีวิตคนเราน้อย จะมีสักครั้งที่เราลืมหรือจำไม่ได้ในสิ่งที่ผ่านเข้ามา บางคนลืมบ่อยจนคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่เราจะรู้ได้อย่างไรว่าการที่เราลืมบ่อยหรือจำไม่ได้นั้นเป็นสิ่งผิดปกติหรือไม่ เราต้องดูว่าสิ่งที่ลืมหรือจำไม่ได้มีลักษณะดังต่อไปนี้หรือไม่

1. ลืมเหตุการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เป็นนาที เป็นต้น เป็นสัปดาห์
2. สิ่งที่ลืมนักเป็นสิ่งที่มีความกระทบกับตัวเองไม่ว่าในด้านชีวิตประจำวัน การงาน การเข้าสังคม และกระทบต่อคนอื่น เช่น ครูลืมนำชั่วโมงต่อไปต้องเข้าสอน, ลืมทานอาหาร นึกว่าทานแล้ว
3. ถ้าย้อนนึกหรือพยายามลำดับเหตุการณ์สิ่งที่ลืมนึกก็ไม่สามารถระลึกได้ พุดง่าย ๆ ก็คือนึกเท่าไรก็นึกไม่ออก
4. สิ่งที่ลืมนักเป็นสิ่งที่เราจดจำหรือมีสติอยู่กับสิ่งนั้น ๆ ไม่ใช่จดจำกับสิ่งหนึ่งแล้วลืมนึกสิ่งหนึ่ง เช่น เอาหนังสือไปวางไว้และรีบวิ่งเข้าห้องสอบ พอสอบเสร็จจำไม่ได้ว่าวางอยู่ที่ไหน ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นการลืมที่เกิดขึ้นได้ปกติ

5. สิ่งที่มีเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีก ดังนั้นต้องสังเกตตัวเอง ถ้ามีลักษณะของการลืม หรือจำไม่ได้ตาม 5 ข้อข้างต้น ข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลายข้อ ให้สงสัยว่าอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

**เราจะสังเกตคนรอบข้างหรือตัวเองว่า จะเป็นโรคความจำเสื่อมได้ง่าย ๆ ดังนี้**

1. พุดประโยคหรือคำซ้ำ ๆ
2. จำชื่อลูก หลาน เพื่อนสนิท หรือแม้กระทั่งเรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ เช่น สามารถบรรยายลักษณะรูปร่างหน้าตาได้ แต่บอกชื่อไม่ได้
3. หลงทางบ่อย ๆ มักเริ่มต้นที่ในบ้านก่อน เช่น เดินหาห้องน้ำไม่เจอ ต่อมามีปัญหาเมื่อออกนอกบ้านหาทางกลับบ้านไม่ถูก หรือเดินในห้างสรรพสินค้าที่เดินอยู่ประจำแล้วหาทางออกไม่ได้
4. หลงหรือไม่รู้ วัน เวลา หรือสถานที่ เช่น จำไม่ได้ว่าวันสงกรานต์เป็นวันไหน และที่ตนเองยืนอยู่เป็นที่ใด มักแสดงออกในลักษณะ เช่น ผู้ป่วยถามลูกว่าทำไมวันนี้ไม่ไปทำงานทั้งที่เป็นวันหยุด ถ้าเราไม่สนใจก็จะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้าเกิดขึ้นบ่อย ๆ น่าจะผิดปกติ
5. หวาดระแวงคนรอบข้างมักเกี่ยวข้องกับเรื่องเงิน ๆ ทอง ๆ เช่น บ่นว่าเงินในธนาคารหายไป, ภรรยาเอาแอบเงินไป, ลูกชอบขโมยเงิน ระวังลูก ๆ หวังจะเอามรดก
6. อารมณ์เปลี่ยนแปลง มักมีอาการเศร้าเหงาหงอย หดหู่ท้อแท้ นั่งซึมไม่ทำอะไร จากเดิมเป็นคนร่าเริง อารมณ์แปรปรวนขึ้นเร็วลงเร็ว เช่น พุดคุยอยู่ดี ๆ ก็หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ต่ำว่ารุนแรง คุบคุลิกก้าวร้าว บางครั้งถึงขั้นลงไม้ลงมือ

**กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม**

1. เลือกอาหารที่เหมาะสม รับประทานอาหารให้เป็นเวลา หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง
2. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
3. ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เกินเกณฑ์
4. หลีกเลี่ยงกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนสูง
5. ไม่สูบบุหรี่ หรืออยู่ในที่ ๆ มีควันบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า
6. พยายามฝึกสมองให้คิดบ่อย ๆ เช่น อ่านและเขียนหนังสือบ่อย ๆ เล่นเกมส่ตอบปัญหานั้นเลขถอยหลัง
7. หมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง
8. พบปะพูดคุยกับผู้อื่นบ่อย ๆ หากิจกรรมเพื่อคลายเครียด เช่น เข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นจิตอาสาในโรงพยาบาล
9. ตรวจสุขภาพประจำปี
10. ถ้ามีโรคประจำตัวต้องติดตามการรักษาเป็นระยะ นอกจากรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์แล้วต้องเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการของโรคร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
11. ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุต่อสมอง โดยเฉพาะการหกล้ม

แบบประเมินภาวะความจำเสื่อมด้วยตนเองสำหรับประชาชน

ข้อที่	ข้อความ	ความถี่ที่เกิดขึ้น ต่อ.....			
		วัน 4 คะแนน	สัปดาห์ 3 คะแนน	เดือน 2 คะแนน	ปี 1 คะแนน
1	หาของใช้ในบ้านไม่พบ				
2	จำสถานที่ที่เคยไปบ่อย ๆ ไม่ได้				
3	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำถึง 2 ครั้ง				
4	ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำออกไปนอกบ้านด้วย				
5	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อ 2-3 วันก่อน				
6	ลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อย ๆ				
7	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาเรื่องในหนังสือพิมพ์หรือวารสารที่อ่าน				
8	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง				
9	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่				
10	สับสนรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา				
11	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำหรือมองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้				
12	ขณะเดินทางหรือเดินเล่นหรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อย ๆ มักเกิดเหตุการณ์หลงทิศหรือหลงทาง				
13	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึง 2 ครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปเวลาปรุงอาหาร หรือ เดินไปหิวหม้ออีกครั้ง ซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้หิวเสร็จ				
14	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้เล่าเสร็จ				
	<b>คะแนนรวมแต่ละช่อง</b>				
	<b>คะแนนรวม</b>				

การประเมินผล

- เกิดนาน ๆ ครั้งในระยะเวลา 1 ปี หรือ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย ได้คะแนน 1 คะแนน
- เกิดขึ้นไม่บ่อย อาจเกิด 1-2 ครั้งในระยะเวลา 1 เดือน ได้คะแนน 2 คะแนน
- เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรือเกิดขึ้นทุกสัปดาห์ ได้คะแนน 3 คะแนน
- เกิดขึ้นทุกวัน ได้คะแนน 1 คะแนน

### การประเมิน

- 14-19 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ดีมาก
- 20-29 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ควรได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
- 30-39 คะแนน อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เนื่องจากตัวผู้อ่านเองมีภารกิจค่อนข้างมาก ทำให้ชีวิตประจำวันค่อนข้างยุ่ง ควรจะต้องได้รับคำแนะนำ เพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
- 40-56 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ควรจะพบแพทย์

### เอกสารอ้างอิง

1. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. พฤติวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์. 2560.
2. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด. 2551.
3. Reisberg, B., Ferris, SH., Deleon, MJ., and Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry. 1982; 139(9):1136-9.

### 4. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ “กินอย่างไรดีต่อสุขภาพ”

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มักจะเกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะทางร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ เช่น ผิวหนัง ตา หู จมูก ลิ้น ฟัน เป็นต้น

ดังนั้นเราจึงควรใส่ใจในเรื่องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุและพยายามปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามวัย ซึ่งสิ่งสำคัญอีกเรื่องคือ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ นั่นคือ สารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายนั่นเอง ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานและสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่น ๆ โดยที่ความต้องการพลังงานของร่างกายจะลดลง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ น้อยลงกว่าเดิม ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงอยู่แล้ว ควรได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ดังนี้

1. **อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต หรือแป้ง** เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว เผือก และมันสำปะหลัง กลุ่มนี้เป็นสารอาหารหลัก และให้พลังงานแก่ร่างกายมากกว่าสารอาหารจากกลุ่มอื่น ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานอาหารกลุ่มนี้แต่พออิ่ม คือ ข้าวมีอยู่ 2 ทัพพี ควรเลือกเป็นข้าวไม่ขัดสี หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและของหวาน

2. **อาหารประเภทโปรตีนหรือเนื้อสัตว์และงา ถั่วชนิดต่าง ๆ** อาหารกลุ่มนี้จำเป็นในการซ่อมแซม และสร้างเนื้อเยื่อที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เนื้อสัตว์ที่ผู้สูงอายุควรรับประทานคือ เนื้อสัตว์ที่ไม่มีหนังหรือไขมันมากเกินไป โดยเฉพาะเนื้อปลาและถั่วชนิดต่าง ๆ

- กินไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง (ถ้าไขมันในเลือดสูงกินเฉพาะไข่ขาว)
- ดื่มนมพร่องมันเนยวันละ 1 แก้ว
- เลือกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา ย่อยง่าย ควรดัดแปลงให้นุ่ม ชื้นเล็ก ๆ
- กินถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำเพื่อให้ได้ใยอาหารเพิ่ม

3. **อาหารประเภทผักต่าง ๆ** ผักจะให้วิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกาย และมีใยอาหารช่วยให้ระบบขับถ่ายขับถ่ายเป็นปกติ

4. **อาหารประเภทผลไม้ ให้วิตามิน เกลือแร่ ใยอาหาร** ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานผลไม้ที่เนื้อนุ่มเคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอ กัลยาลูก ส้ม และควรรับประทานอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 6-8 ชิ้น/คำ สำหรับผู้สูงอายุที่อ้วน หรือเป็นเบาหวานให้หลีกเลี่ยงผลไม้หวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน เป็นต้น

5. **อาหารประเภทไขมัน ได้แก่ ไขมันจากพืช และไขมันจากสัตว์** จะให้พลังงานแก่ร่างกายและยังช่วยในการดูดซึมวิตามินบางอย่างด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็ควรจำกัดอาหารประเภทไขมัน โดยรับประทานน้ำมัน 4-6 ช้อนชา เลือกใช้น้ำมันที่มีกรดไลโนเลอิก เช่น น้ำมันหมู ไข่แดง กะทิ หนังสัตว์ เครื่องใน เนยมาการีน เป็นต้น

นอกจากนี้ เราควรดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การปรุงอาหารให้เปื่อยนุ่ม ง่ายต่อการเคี้ยว และการย่อย จัดแต่งอาหารให้มีสีสันน่ารับประทาน และควรปรุงสุกใหม่ ๆ ทุกมื้อ หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารเค็มจัด หวานจัด ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ควรจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นด้วยเพียงเท่านี้เราก็สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง อายุยืนยาว และมีความสุข

สำหรับประเทศไทย คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (Nutrition Division, 2017) ได้แนะนำการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ผู้สูงอายุ บอกชนิด และปริมาณอาหารที่รับประทาน 1 วัน และแสดงระดับความต้องการพลังงาน ตั้งแต่ 1,400 1,600 และ 1,800 กิโลแคลอรี ทั้งนี้ธงโภชนาการผู้สูงอายุได้ แนะนำพลังงาน 1,400 กิโลแคลอรี สำหรับผู้สูงอายุเพศชาย และหญิงที่มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย หากผู้สูงอายุที่มีกิจกรรม ปานกลางหรือออกกำลังกายเป็นประจำ ควรได้รับพลังงาน 1,600 และ 1,800 กิโลแคลอรี ในเพศหญิงและเพศชาย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ เป็นแนวทางการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร และได้รับสารอาหารชนิดใด ชนิดหนึ่งมากเกินไป



ธงโภชนาการผู้สูงอายุ

ที่มา: Ministry of Public Health (2017)



โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มา: Ministry of Public Health (2017)

### ตัวอย่างอาหารผู้สูงอายุที่ต้องการพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี

หมวดอาหาร	ปริมาณทั้งวัน	เช้า	กลางวัน	ว่างบ่าย	เย็น
ข้าว - แป้ง	7 ทัพพี	2	2	1	2
ผัก	4 ทัพพี	1	2		1
ผลไม้	2 ส่วน	1			1
เนื้อสัตว์ และถั่วเมล็ดแห้ง	7 ช้อน กินข้าว	2	3		2
นม	2 แก้ว	1		1	
น้ำมัน น้ำตาล และเกลือ รับประทานให้น้อยที่สุด					

### หลักปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. ลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลง แต่ให้รับประทานบ่อยขึ้น เพื่อผ่อนคลายการทำงานของระบบการย่อยอาหาร เช่นวันหนึ่งอาจให้รับประทาน 4-5 ครั้ง แทนที่จะรับประทานวันละ 3 ครั้งเช่นเดิม
2. ลดปริมาณอาหารประเภทให้พลังงาน คือ พวกแป้งและไขมันลงร้อยละ 10-30
3. อาหารพวกเนื้อสัตว์ ควรตัดแปลงให้กินง่าย ย่อยง่าย เช่น ต้มเปื่อย หรือสับละเอียด
4. อาหารมือเย็นไม่ควรเป็นอาหารหนัก
5. ให้ดื่มเครื่องดื่มร้อน ๆ ก่อนนอนจะทำให้นอนหลับสนิท
6. ควรรับประทานอาหารร้อนดีกว่าอาหารเย็น เช่น น้ำแกงหรือน้ำซุปร้อน ๆ ก่อนอาหาร จะช่วยให้กินอาหารได้มาก
7. เครื่องดื่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นเล็กน้อย เช่น น้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถ้าไม่มีการห้ามจากแพทย์ไม่ให้อดื่ม สามารถดื่มได้เล็กน้อย
8. ให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อร่างกายทำงานเป็นปกติ
9. อาหารควรอาหารอ่อน ย่อยง่าย และไม่มีรสจัด
10. อาหารที่รับประทานควรมีส่วนของกากบ้างพอควรเพื่อไม่ให้ท้องผูก
11. ส่วนประกอบของอาหารต่าง ๆ โดยเฉพาะแคลเซียม วิตามิน แร่ธาตุ และสารโปรตีน ต้องมีปริมาณเพียงพอและครบชนิด และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง
12. อาหารที่รับประทานควรมีสีสัน กลิ่น รส ชวนให้อยากรับประทานเพิ่มมากขึ้น
13. การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น เพื่อน หรือญาติ ช่วยให้ได้ทั้งผลทางจิตวิทยาช่วยกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้น
14. ควรอยู่ในที่มีอากาศดี สถานที่สะอาด

### การควบคุมอาหาร

1. ควรหลีกเลี่ยงขนมหวานทุกชนิด เช่น ทองหยอด ทองหยิบ น้ำกะทิ สังขยา เค้ก คุกกี้ เพราะไม่จำเป็นและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดได้ ส่วนผลไม้ที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น ทุเรียน ละมุด ลำไย เป็นต้น ส่วนผลไม้ที่ทานได้แต่ต้องจำกัดควรแบ่งรับประทานตามมื้อไม่ควรรับประทานครั้งละมาก ๆ

#### อาหารที่ควรควบคุม ได้แก่

1. อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ข้าว ก๋วยเตี๋ยว หากเป็นข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีทจะดีกว่าข้าวที่ขัดขาว
2. อาหารจำพวกไขมัน ควรจำกัดปริมาณ และหลีกเลี่ยงอาหารทอดและผัดที่ใช้ไขมันมาก ๆ และไขมันจากสัตว์ กะทิ ไขมันมะพร้าว หากจะใช้ให้ใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว
3. อาหารจำพวกโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ เต้าหู้ ควรรับประทานตามความเหมาะสม ควรที่จะรับประทานอาหารที่ไม่ติดมัน เช่น ปลา ออกไก่ สันใน และไข่ควรรับประทานแต่ไข่ขาว อาหารที่รับประทานได้โดยไม่จำกัด ได้แก่ ผักใบเขียวโยอาหารที่มีอยู่จะช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลได้และยังป้องกันท้องผูกได้อีกด้วย



## กิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้องได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่งและสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้

### เนื้อหา

1. การดูแลสุขภาพองค์รวม
2. การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
3. ภาวะสมองเสื่อม
3. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง (2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง)

### กิจกรรมการอบรม

#### ครั้งที่ 1

1. ลงทะเบียน
2. การบรรยายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรื่อง
  - 2.1 แหล่งบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กกับการให้บริการสุขภาพในด้านต่างๆ ของ
    - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
    - บริการด้านผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ
    - สถานบริการสุขภาพเอกชน
  - 2.2 สิทธิของผู้สูงอายุทางการแพทย์
3. เปิดเวทีซักถามข้อสงสัยจากผู้เข้าอบรม

## ครั้งที่ 2

1. ลงทะเบียน
2. การบรรยายจากวิทยากร “การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ” เช่น โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เช่น หนังสือพิมพ์ แผ่นพับด้านสุขภาพ โปสเตอร์ด้านสุขภาพ เป็นต้น
3. สาธิตการสืบค้นข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ
4. ให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 5 คน ให้สมาชิกกลุ่มได้ทดลองค้นหาด้วยโทรศัพท์ของตนเอง
5. ผู้แทนแต่ละกลุ่ม นำเสนอข้อเสนอแนะจากการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งสืบค้นออนไลน์

## อุปกรณ์/สื่อ

- PowerPoint slides เรื่อง “แหล่งบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กับการให้บริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ”
- PowerPoint slides เรื่อง “การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ”
- ตัวอย่าง Website ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปศึกษาด้วยตนเอง

## วิธีการประเมิน

- การสังเกต
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- วิทยากรให้ข้อเสนอแนะ และผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิธีการปฏิบัติตน

## แหล่งบริการสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพ

- 1 แหล่งบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กับการให้บริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของ
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

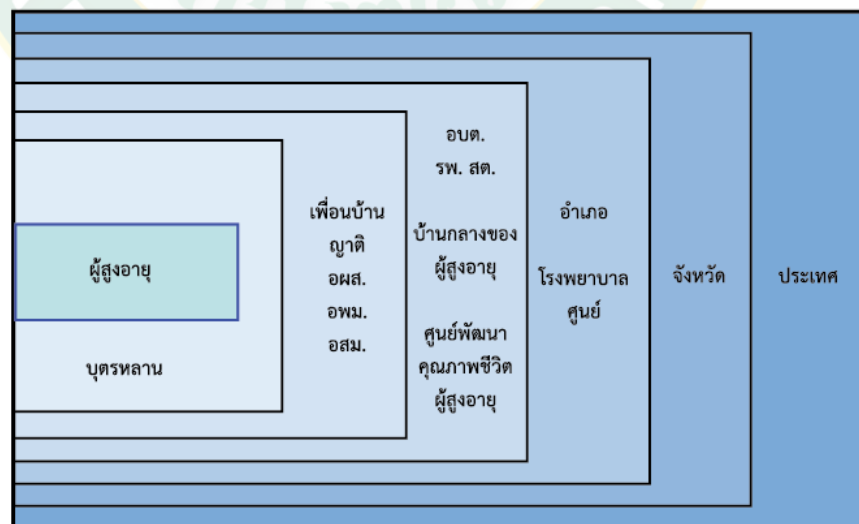
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการทางสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 กำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถแสดงความจำนงขอบัตรประจำตัวด้านการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลในภูมิลำเนาของตน เมื่อได้รับบัตรแล้วผู้สูงอายุมีสิทธิรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนั้นโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล

ค่ารักษาพยาบาลในที่นี้หมายถึง เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึง ค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้ (มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ: 27)

- ค่ายา ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือ สารทดแทนหรืออาหารทางเส้นเลือดค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ในทำนองเดียวกันนี้ซึ่งใช้เพื่อการบำบัดโรค
- ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดโรครวมทั้งค่าซ่อมแซม
- ค่าบริการทางการแพทย์ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจโดยห้องทดลองและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้ป่วยใน แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่น ทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทน
- ค่าอุดฟันธรรมชาติค่าถอนฟัน ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิก (Acrylic) เป็นฐาน
- ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและกายภาพบำบัด
- ค่าห้องและค่าอาหารสามัญตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
- ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

ในการตรวจรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุในบริการการแพทย์นั้น ๆ ได้ จะมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ ต่อไปเป็นลำดับ

### เครือข่ายเกื้อหนุนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ



หมายเหตุ

อบต. : องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล  
รพ. สต. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อสม. : อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

อสม. : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
อสม. : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### - บริการด้านผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ บ้านพักผู้สูงอายุ โครงการซ่อมแซมบ้านของผู้สูงอายุ เป็นต้น เป็นโครงการที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและได้จัดทำโครงการ และกิจกรรมและการบริการที่สอดคล้อง เหมาะสมตรงกับความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละประเภท เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน โดยให้สอดคล้องกับแผนแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

### - สถานบริการสุขภาพเอกชน

สถานบริการสุขภาพเอกชนที่ให้บริการ สามารถแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มด้วยกัน ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลเอกชน
2. โรงพยาบาลที่ไม่หวังกำไร
3. สถานบริการสงเคราะห์ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับบริการฟรีทั้งหมดหรือต้องร่วมจ่ายบางส่วนแต่เป็นส่วนน้อย

4. สถานที่พักคนชรา ในปัจจุบันมีการเรียกชื่อว่า การแชร์บ้านร่วมกันสำหรับผู้สูงอายุ
5. สถานพยาบาลผู้สูงอายุ
6. โรงเรียนหรือสถานบริการที่เปิดสอนการดูแลผู้สูงอายุ

### 2. สิทธิของผู้สูงอายุทางการแพทย์

หมวด 1 สุขภาพอนามัยดี

2.1 การรักษาพยาบาล อายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป รักษาพยาบาลไม่เสียค่าใช้จ่าย

- มีช่องทางเฉพาะอำนวยความสะดวก รวดเร็ว

- คลินิกเฉพาะผู้สูงอายุ

- สถานพยาบาลของรัฐ

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน

- สถานพยาบาลของกรุงเทพมหานคร

2.2 การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต และฟื้นฟูจิตใจ

- ให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาสุขภาพจิต ในสถานพยาบาลของรัฐ

- ให้คำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์ หมายเลข 1667

2.3 เจ็บป่วยฉุกเฉิน

- ให้คำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์ หมายเลข 1669

- หากจำเป็น จะมีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินไป ช่วยเหลือถึงที่เกิดเหตุ

### การค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

แหล่งของข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ เป็นต้น โดยผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพตามที่ต้องการ

#### เว็บไซต์หน่วยงานราชการ

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ สสส.

[http://www.thaihealth.or.th/front\\_page](http://www.thaihealth.or.th/front_page)

2. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

<http://www.thainhf.org/index.php>

3. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

<http://www.ashthailand.or.th/th/index.php>

4. กรมอนามัย

<http://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>

5. สารสนเทศสุขภาพไทย

<https://www.hiso.or.th/>

#### เว็บไซต์หน่วยงานเอกชน

1. <http://www.thaiclinic.com/link/linkexchange.html>

2. <http://www.thaihealth.net/>

3. <http://www.healthtoday.net/Thailand/>

4. <http://www.healthandcuisine.com/HCdefault.asp>

5. <http://women.sanook.com/health/tips/index.php>

6. <https://www.siamhealth.net/>

#### เว็บไซต์ต่างประเทศ

1. <http://www.health.com/health/>

2. <http://en.wikipedia.org/wiki/Health>

3. <https://www.who.int/>

#### เว็บบล็อก

1. <http://pokedandprodged.health.com/>

2. <http://www.healthcentral.com/breast-cancer/>

3. <http://www.health.com/health/condition-article/0,,20190995,00.html>

## กิจกรรมทักษะการสื่อสาร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้บุคคลอื่นยอมรับในข้อมูลสุขภาพได้

### เนื้อหา

1. ข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลอนามัยส่วนบุคคล

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง (2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง)

### กิจกรรมการอบรม

#### ครั้งที่ 1

- ลงทะเบียน
- กิจกรรมเกม “กระซิบ” ให้ผู้เข้าร่วมอบรมแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 5 คน
- กิจกรรมการดูแลสุขภาพของฉันทและเธอ ให้ผู้เข้าร่วมการอบรม พูดคุยกันในกลุ่มถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองให้เพื่อนในกลุ่มฟัง และให้แต่ละกลุ่มเลือกผู้แทนที่มีการดูแลสุขภาพที่ดี ร่วมพูดคุยกับผู้เข้าร่วมการอบรมคนอื่น ๆ ที่ได้รับการคัดเลือกจากกลุ่มต่าง ๆ เช่นกัน

#### ครั้งที่ 2

- ลงทะเบียน
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การดูแลตนเอง ตามวิถีชุมชน” โดย ผู้แทนของกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกจากกลุ่มในการทำกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา ที่มีแนวทางการปฏิบัติตนที่ดีด้านสุขภาพ จำนวน 5 คน มานำเสนอวิธีการดูแลสุขภาพของตนแก่ผู้เข้าร่วมการอบรมพร้อมทั้งตอบข้อซักถามต่าง ๆ

### วิธีการประเมิน

- การสังเกต
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- วิทยากรให้ข้อเสนอแนะ และผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิธีการปฏิบัติตน

## “การสื่อสารสุขภาพ”

หมายถึง การนำ เสนอข่าวสาร สารระความรู้ กิจกรรมสื่อสาร เรื่องราวสุขภาพ นำเสนอแก่ กลุ่มเป้าหมาย มีจุดมุ่งหมาย เพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้าง เสริมสุขภาพที่ดีแก่คนใน ชุมชน องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ ประกอบไปด้วย 5 ประการ คือ (หทัยรัตน์ เหล็กกล้า, 2550)

1. ผู้ส่งสาร หน่วยงานหรือบุคลากรที่จะเป็นผู้สื่อสารสุขภาพ มักเป็นหน่วยงานหรือบุคลากร ด้านสาธารณสุขซึ่งมีหลายระดับ ได้แก่ ระดับบริหาร นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้เผยแพร่รู้ใจ ผู้นำ ทางความคิด ตลอดจนสื่อมวลชน ผู้ส่งสารจะต้อง สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย มีความ น่าเชื่อถือ และ เป็นที่ไว้วางใจของกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย

2. สาร เนื่องจากมิติของสุขภาพะ ประกอบ ด้วยหลายด้าน สารที่ส่งออกไปจึงมีความสำคัญ ต่อ การบรรลุเป้าหมายของประเด็นการสื่อสารสุขภาพ สารที่ดีนั้นจะต้องสนองความต้องการของผู้รับ สาร ผู้รับสารสามารถเข้าใจได้ง่าย และนำไปปฏิบัติตามได้

3. ช่องสาร การดำเนินโครงการด้านสุข ภาวะหรือสื่อสารประเด็นสุขภาพะ ควรจะได้มีการ สื่อข่าวสารให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด กล่าวคือ ให้ สอดคล้องกับสาร ผู้รับสาร ตลอดจนเป้าหมายใน การ สื่อสาร สื่อผสมหรือการใช้สื่อที่หลากหลายจึงน่าจะมี ประสิทธิภาพมากที่สุด

4. ผู้รับสาร เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการ ดำเนินโครงการสื่อสารสุขภาพหรือเพื่อการส่งเสริม สุข ภาวะ แต่ละโครงการหรือประเด็น เรื่องราวก่อน การสื่อสารออกไปจึงจะต้องมีการพิจารณากัน อย่าง รอบคอบ โดยกำหนดขอบเขตของผู้รับสารซึ่งเรียก กันว่ากลุ่มเป้าหมาย นอกจากนั้น ยังจะต้อง ศึกษา ลักษณะทางประชากรและทางจิตวิทยาของผู้รับสาร ที่ต้องการจะเข้าถึงอีกด้วย 5. ผลของการ สื่อสาร ในการสื่อสารสุขภาพ อันเป็นการสื่อสารที่มีเป้าหมาย ผลของการสื่อสาร ก็ย่อมจะระบุให้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการ สื่อสาร คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทศนคติ ตลอดจนพฤติกรรม ของผู้รับสารในด้านสุขภาพอนามัยตาม ที่ผู้ส่งสารปรารถนา อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาทั้ง ทางด้าน การเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ

## กิจกรรมทักษะการจัดการตนเอง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีตามแผนได้
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตได้

### เนื้อหา

- การปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ
- สมรรถภาพทางกาย

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง (2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง)

### กิจกรรมการอบรม

#### ครั้งที่ 1

- ลงทะเบียน
- การทบทวนตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ
- วัตถุประสงค์ “กลุ่มผู้สูงอายุ: BENNETTY”
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “สุขภาพดีอยู่ที่ไหน”

#### ครั้งที่ 2

- ลงทะเบียน
- กิจกรรม “แข็งแรง...อย่างมีคุณค่า”

การประเมินสมรรถภาพทางกาย 6 ด้าน โดยแบ่งเป็น 9 สถานี

#### ด้านที่ 1

- สถานีที่ 1 วัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ

#### ด้านที่ 2 การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย

- สถานีที่ 2 การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว

#### ด้านที่ 3 การประเมินสมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด



- สถานีที่ 3 เดิน 6 นาที
- สถานีที่ 4 เดินย่ำก้าว 2 นาที

ด้านที่ 4 การประเมินสมรรถภาพความแข็งแรงกล้ามเนื้อ

- สถานีที่ 5 ลุกขึ้นจากเก้าอี้
- สถานีที่ 6 งอแขนพับศอก

ด้านที่ 5 การประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ

- สถานีที่ 7 นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า
- สถานีที่ 8 การเอี๊ยมแขนแตะมือด้านหลัง

ด้านที่ 6 การประเมินการทรงตัวและความว่องไว

- สถานีที่ 9 การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ

**วิธีการประเมิน**

- การสังเกต
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- การเข้าร่วมการทดสอบสมรรถภาพทากาย



## การปฏิบัติด้านสุขภาพ

วิธีปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

1. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยควรอาบน้ำให้ได้วันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า และตอนเย็น และควรพิถีพิถันในการทำความสะอาดร่างกายอย่างใส่ใจ
2. แปรงฟันทุกเช้าอย่างถูกวิธี เป็นการรักษาความสะอาดร่างกายอย่างหนึ่ง แต่ทางที่ดีควรแปรงให้ได้วันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้า และก่อนนอน
3. ล้างมือเป็นประจำก่อนทานอาหาร หรือก่อนหยิบสิ่งต่าง ๆ รับประทาน รวมทั้งหลังจาก ออกนอกบ้านกลับมาถึงบ้านควรล้างมือให้สะอาด ควรทำเป็นประจำจนเป็นนิสัยความเคยชินในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันสาเหตุของโรคต่าง ๆ และเชื้อโรคต่าง ๆ ที่จะเข้าสู่ร่างกาย
4. รับประทานอาหารให้ครบหลักโภชนาการ 5 หมู่ ซึ่งได้แก่
  - หมู่ที่ 1 โปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ นม ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง และงา ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ
  - หมู่ที่ 2 คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง เผือก มัน และน้ำตาล ช่วยให้พลังงานแก่ร่างกาย
  - หมู่ที่ 3 เกลือแร่ และแร่ธาตุ ได้แก่ ผักต่าง ๆ ช่วยทำให้ร่างกายทำงานได้เป็นปกติ ช่วยบำรุงกล้ามเนื้อ กระดูก และฟัน
  - หมู่ที่ 4 วิตามิน ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ ช่วยทำให้ผิวพรรณสดใส บำรุงสุขภาพ ปาก เหงือก และฟัน
  - หมู่ที่ 5 ไขมัน ได้แก่ ไขมันจากพืชและสัตว์ ช่วยให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย
8. ควรตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี เพราะการตรวจสุขภาพจะทราบว่าร่างกายของเราปกติหรือกำลังเกิดโรคอะไรขึ้นบ้าง และการพบโรคต่าง ๆ ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น จะทำให้การรักษาเป็นไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลมากกว่าการที่บอຍให้โรคเป็นมานานแล้ว นอกจากนี้ยังสามารถช่วยทำให้การรักษาหายขาดได้เร็วขึ้นอีกด้วย

### หลัก 10 อ. เพื่อการสุขภาพดี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) ประกอบด้วย

1. อาหาร ผู้สูงอายุยังคงต้องการสารอาหารต่าง ๆ ที่ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ แต่ควรลดอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรตลง ส่วนอาหารประเภทโปรตีนควรเป็น เนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลาและไข่ขาว ส่วนไข่แดงควรกินไม่เกินสัปดาห์ละ 3 ฟอง นอกจากนี้ควรกินผักและถั่ว รวมทั้งผลไม้ให้มาก แต่ควรเป็นผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัด จนเกินไป เพราะอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค เช่น โรคเบาหวาน ได้
2. ออกกำลังกาย เพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างคล่องแคล่ว ซึ่งจะช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย ผู้สูงอายุจึงควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
3. อนามัย ผู้สูงอายุควรรู้จักสังเกตการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบขับถ่าย ควรพยายามลด ละ เลิกสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี
4. อัจฉริยะ ปัสสาวะ ผู้สูงอายุจะต้องให้ความสนใจเรื่องการขับถ่ายให้มากเป็นพิเศษ หากมีปัญหาขับถ่ายยาก ถ่ายลำบาก หรือกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ ก็ควรรีบแก้ ปัญหาไปตามสาเหตุ
5. อากาศ และแสงอาทิตย์ ผู้สูงอายุควรได้อยู่ในสถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นธรรมชาติ มีอากาศบริสุทธิ์ และควรได้รับแสงแดดบ้าง
6. อารมณ์ ผู้สูงอายุจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น หงุดหงิด โมโห โกรธง่าย ทำให้ขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรองเหตุผล ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่นได้ง่าย และต้องหาวิธีควบคุมอารมณ์ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การทำสมาธิ การศึกษาธรรมะ จะช่วยให้ผ่อนคลาย มีสติมากขึ้น
7. อติเรก ผู้สูงอายุควรหางานอติเรกทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือลดการหมกมุ่นในสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
8. อบอุ่น การเป็นบุคคลที่มีบุคลิกโอบอ้อม เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือสมาชิกใน ครอบครัว และบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
9. อุบัติเหตุ ระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น สายตายาวต้องใส่แว่นสายตา ได้ยินไม่ชัดเจนต้องไปตรวจหูเพื่อแก้ไข ถ้ามีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมต้อง ไปปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
10. อนาคต ผู้สูงอายุต้องเตรียมเงินและที่อยู่อาศัยเพื่อเป็นหลักประกันในการดำเนินชีวิต

## 1. สมรรถภาพทางกาย

**1.1 ความหมายของสมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness) หมายถึง** ความสามารถของระบบต่าง ๆ ของร่างกายในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างกระฉับกระเฉง โดยไม่เหนื่อยล้าจนเกินไปและยังมีพลังสำรองมากพอสำหรับกิจกรรมนันทนาการหรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน

### 1.2 คุณค่าและความสำคัญของสมรรถภาพทางกาย

สมรรถภาพทางกาย จะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายได้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายซึ่งทำให้ร่างกายแข็งแรง และลดประสิทธิภาพได้ การดูแลรักษาให้คงสภาพดี ได้อย่างยาวนาน ทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งมีคุณค่าและความสำคัญ ดังนี้

1) การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่ โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในระหว่างการเจริญเติบโต กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ได้พัฒนาการอย่างเต็มที่และได้สัดส่วน การทำงานต่าง ๆ จะมีประสิทธิภาพ ความเหนื่อยล้าน้อยกว่า ทำให้นำพลังงานที่เหลือไปใช้ในกิจกรรมอื่นได้อีก

2) ผู้มีสมรรถภาพทางกายดี ทำให้มีบุคลิกภาพดี สามารถเคลื่อนไหวได้สง่างาม คล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง และเป็นการประหยัดแรงงานไปพร้อมกันด้วย

3) ผู้มีสมรรถภาพทางกายดี จะเป็นผู้มีสุขภาพดี การประกอบกิจกรรมงานต่าง ๆ มีประสิทธิภาพและได้ผลผลิตสูง ถ้าเป็นวัยศึกษาจะสามารถอดทนและมีสมาธิได้ดีกว่า ยาวนานกว่าผู้ที่มีสมรรถภาพร่างกายไม่ดี

4) กล้ามเนื้อแข็งแรง ป้องกัน โรคปวดหลังเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ถ้าได้ออกกำลังกายตั้งแต่วัยเด็ก จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

5) ในวัยเด็กถ้ามีการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ จะช่วยทำให้มีความกระตือรือร้น มีความคล่องแคล่ว สร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง สามารถออกกำลังกายและเล่นกีฬาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) การออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกาย เป็นวิธีหนึ่งในการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งจะควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร

7) การออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกาย เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานประสานกันระหว่าง ระบบไหลเวียนโลหิตกับระบบหายใจ เป็นการป้องกัน การเป็นโรคหัวใจ หัวใจวายที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง

8) การออกกำลังกาย ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต ดังคำกล่าวของ กรีกโบราณที่ว่า “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่แข็งแรง” แสดงว่าเมื่อมีสมรรถภาพร่างกายดี มีความสมบูรณ์ สุขภาพจิตก็จะดีไปด้วยและรู้จักการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

สมรรถภาพทางกาย เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพและมีความสุข สอดคล้องกับการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ลงทุนน้อย แต่ได้ผลอย่างมหาศาล การออกกำลังกายที่พัฒนาสมรรถภาพทางกายอย่างยั่งยืนขึ้นกับปัจจัย ได้แก่ ความสนใจ ความถนัด ความเหมาะสมกับเพศ วัย สถานการณ์เวลา และสม่ำเสมอเช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน

## 2. เกณฑ์สมรรถภาพทางกาย

เกณฑ์สมรรถภาพทางกายเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นสากลทำให้เราทราบข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองซึ่งสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาเป็นไปตามเกณฑ์

### 2.1 องค์ประกอบของสมรรถภาพทางกาย

1) องค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition) ตามปกติแล้วในร่างกายมนุษย์ประกอบด้วย กล้ามเนื้อ กระดูก ไขมัน และ ส่วนอื่น ๆ แต่ในส่วนของสมรรถภาพทางกายนั้น หมายถึง สัดส่วนปริมาณไขมันในร่างกายกับมวลร่างกายที่ปราศจากไขมัน โดยการวัดออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ไขมัน (% fat)

2) ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด (Cardiorespiratory Endurance) หมายถึง สมรรถนะเชิงปฏิบัติของระบบไหลเวียนเลือด (หัวใจ หลอดเลือด) และระบบหายใจในการลำเลียงออกซิเจนไปยังเซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายสามารถยืนหยัดที่จะทำงานหรือออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นระยะเวลายาวนานได้

3) ความอ่อนตัวหรือความยืดหยุ่น (Flexibility) หมายถึง พิสัยของการเคลื่อนไหวสูงสุดเท่าที่จะทำได้ของข้อต่อหรือกลุ่มข้อต่อ

ความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือกลุ่มกล้ามเนื้อ ในการหดตัวซ้ำ ๆ เพื่อต้านแรงหรือความสามารถในการหดตัวครั้งเดียวได้เป็นระยะเวลายาวนาน

4) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) หมายถึง ปริมาณสูงสุดของแรงที่กล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือกลุ่มกล้ามเนื้อสามารถออกแรงต้านทานได้ ในช่วงการหดตัว ๑ ครั้ง

2.2 องค์ประกอบสมรรถภาพทางกลไก (Motor Fitness) หรือ สมรรถภาพเชิงทักษะปฏิบัติ (Skill – Related Physical Fitness)

ความสามารถของร่างกายที่ช่วยให้บุคคลสามารถประกอบกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเล่นกีฬาได้ดี มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้

1) ความคล่อง (Agility) หมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนทิศทางการเคลื่อนที่ได้อย่างรวดเร็วและสามารถควบคุมได้

2) การทรงตัว (Balance) หมายถึง ความสามารถในการรักษาตุลของร่างกายเอาไว้ได้ ทั้งในขณะอยู่กับที่และเคลื่อนที่

3) การประสานสัมพันธ์ (Co-ordination) หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่น กลมกลืน และมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการทำงานประสานสอดคล้องระหว่างตา-มือ-เท้า

4) พลังกล้ามเนื้อ (Power) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อส่วนหนึ่งส่วนใดหรือหลาย ๆ ส่วนของร่างกายในการหดตัวเพื่อทำงานด้วยความเร็วสูง แรงหรืองานที่ได้เป็นผลรวมของความแข็งแรงและความเร็วที่ใช้ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การยืนอยู่กับที่ กระโดดไกล การทุ่มน้ำหนัก เป็นต้น

5) เวลาปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction time) หมายถึง ระยะเวลาที่ร่างกายใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น แสง เสียง สัมผัส

6) ความเร็ว (Speed) หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้อย่างรวดเร็ว

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้นำการประเมินสมรรถภาพทางกายและเกณฑ์การประเมินผลรวมทั้งรูปภาพอ้างอิง มาจากหนังสือ “การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ” ของรองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา ปุราคม โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย กาคิวชาพลศึกษาและกีฬา คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

## การประเมินสมรรถภาพทางกายและเกณฑ์การประเมินผล

### 1. ความดันโลหิต (Blood pressure) และ อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate)

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง หรือ โอกาสต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

**วิธีการประเมิน :** การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องมือ Sphygmomanometer ควรทำการนั่งและวัดในท่านั่ง วางแขนและข้อศอกบนโต๊ะ จัดระดับ ให้ฝ่ามือต้นแขนหรือฝ่ามือข้อศอกอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ และการวัดชีพจรด้วยมือ สามารถวัดได้หลายแห่ง เช่น ข้อมือ ขาหนีบ ข้างคอ เป็นต้น โดยใช้ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง ใช้นิ้วกลางสัมผัสกับชีพจรมากกว่าอีก 1 นิ้ว

**อุปกรณ์ :** เครื่องวัดความดันโลหิต

**เกณฑ์เสี่ยง :** ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) มากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จัดว่าเสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูง และถ้าค่าความดันโลหิตบน (Systolic) มากกว่า 140 มิลลิเมตร และค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท จัดว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง และอัตราการเต้นชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที จัดว่ามีภาวะเสี่ยง

#### เกณฑ์ค่าความดันโลหิต

เพศชายและเพศหญิง		การแปลผล
ค่าความดันโลหิตบน (Systolic)	ค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic)	
≤ 130	≤ 90	ปกติ
≥ 130 - 140	≥ 90 - 100	เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง
> 140	> 100	ความดันโลหิตสูง

### เกณฑ์อัตราการเต้นของหัวใจ

	การแปลผล
≤ 130	ปกติ
> 140	ภาวะเสี่ยง

## 2. การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition)

การประเมินองค์ประกอบร่างกายประกอบด้วย การประเมินด้านส่วนสูง น้ำหนักและรอบเอว (Height Weight and Waist Circumference)

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน หรือ โอกาสต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน

**วิธีการ :** วัดส่วนสูง (เซนติเมตร) และชั่งน้ำหนัก (กิโลกรัม) พร้อมทั้งวัดเส้นรอบเอวบริเวณส่วนที่คอดที่สุดระหว่างสะดือกับลิ้นปี่ วัดตอนช่วงหายใจออก โดยให้สายวัดแนบกับลำตัวพอดี นำตัวเลขที่ได้จากการวัดส่วนสูงทำเป็นเมตร จากนั้นนำไปหารน้ำหนักที่ชั่งได้ 2 ครั้ง ดังสูตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

**อุปกรณ์ :** เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

**เกณฑ์เสี่ยง :** ทั้งเพศชายและเพศหญิง ถ้ามีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่า มีน้ำหนักเกินและความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

BMI (ยุโรป)	BMI (เอเชีย)	การแปลผล
< 18.5	< 18.5	ต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 – 24.9	18.5 – 22.9	ปกติ
25.0 – 29.9	23.0 – 24.9	น้ำหนักเกิน ระดับ 1
30.0 – 34.9	25.0 – 29.9	น้ำหนักเกิน ระดับ 2
35.0 – 39.9	≥ 30	น้ำหนักเกิน ระดับ 3
≥ 40		น้ำหนักเกิน ระดับ 4



### การวัดรอบเอว

ชาย	การแปลผล	หญิง	การแปลผล
≤ 36 นิ้ว หรือ 90 ซม.	ปกติ	≤ 32 นิ้ว หรือ 80 ซม.	ปกติ
> 36 นิ้ว	อ้วน	> 32 นิ้ว	อ้วน

### 3. การประเมินสมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด

#### 3.1 การเดิน 6 นาที (6-Minute Walking Test)

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินความอดทน หรือ สมรรถภาพด้านแอโรบิก (Aerobic Endurance) ของร่างกายเป็นการประยุกต์จากการวิ่ง 12 นาที ของคูเปอร์ (Cooper run 12 minute) เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการเดินและการทรงตัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญมากต่อความสามารถในการเดินให้ได้ระยะทาง การขึ้นบันได การจับจ่ายซื้อของและการเดิน ควรจัดเป็นชุดทดสอบรายการสุดท้ายหรือมาร์คเกอร์

**วิธีการ :** ผู้สูงอายุจะเดินเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ระยะทาง 45 เมตร หรือ 50 หลา โดยมีความยาวระยะทาง 40 เมตร และความกว้างระยะทาง 5 เมตร (40x5 เมตร หรือ 45x5 หลา) ทำการทดสอบเป็นขั้นตอนดังนี้

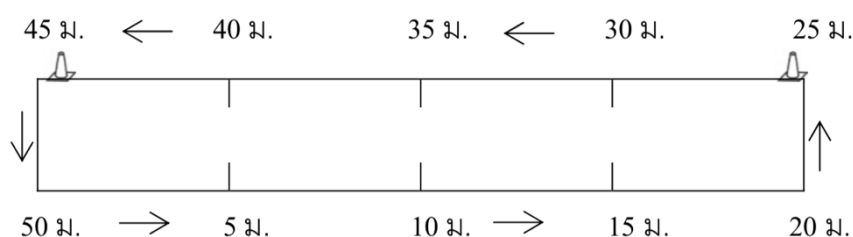
1. ควรทำการทดสอบผู้รับการทดสอบ 2 คน หรือ มากกว่าในเวลาเดียวกัน เพื่อกระตุ้นผู้รับการทดสอบ
2. ผู้ทดสอบคนหนึ่งอยู่ที่จุดปล่อยตัวคอยจับเวลา ผู้ทดสอบที่เหลือคอยช่วยนับจำนวนรอบ โดยแจกหนังสือหรือมาร์คเกอร์ให้ผู้รับการทดสอบ เมื่อเดินครบแต่ละรอบ (ผู้ทดสอบที่เชี่ยวชาญสามารถดูแลรับการทดสอบได้ถึง 12 คน ในเวลาเดียวกัน แต่ถ้าทดสอบครั้งละ 6 คน จะดูแลได้พอดี)
3. เวลาปล่อยตัว (และเวลาหยุด) จัดให้ห่างกันทุก 10 วินาที เมื่อได้รับสัญญาณให้ “ปฏิบัติ” ให้ผู้รับการทดสอบเดินให้เร็วเท่าที่จะทำได้ (ไม่วิ่ง) ตามเส้นทางสี่เหลี่ยม โดยให้ได้ระยะทางมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในเวลา 6 นาที แนะนำให้ใช้นาฬิกาจับเวลา 2 ตัว เพื่อนาฬิกาตัวหนึ่งอาจหยุดทำงาน
4. ผู้ช่วยทดสอบแจกมาร์คเกอร์ให้ผู้รับการทดสอบเมื่อเดินครบแต่ละรอบ
5. ผู้ทดสอบที่จับเวลาควรอยู่ภายในรูปสี่เหลี่ยม หลังจากปล่อยตัวรับการทดสอบออกไปหมดแล้ว เพื่อช่วยให้ผู้รับการทดสอบรักษาความเร็ว ควรบอกให้ผู้รับการทดสอบทราบว่า เรายังเหลืออีก 3 นาที และ 2 นาที ตามลำดับ ผู้รับการทดสอบสามารถหยุดและนั่งพักบนเก้าอี้ได้ถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก แต่การจับเวลาก็ยังดำเนินการต่อไป

6. เมื่อผู้รับการทดสอบแต่ละคนเดินครบ นาฬิกาบอกให้แต่ละคนหยุดเดินและให้ยืนรอที่จุดเดิม เพื่อให้ผู้ทดสอบนับระยะทางของแต่ละคนจากจำนวนหนัวยางหรือมาร์คเกอร์ที่ได้รับในการเดินแต่ละรอบ

**หมายเหตุ :** ควรทำการทดสอบนี้เป็นรายการท้ายสุด เนื่องจากผู้สูงอายุจะเหนื่อย อ่อนล้าหลังจากการทดสอบนี้

**อุปกรณ์ :** กรวยพลาสติก 4 อัน , นาฬิกาจับเวลา , เทปวัด , แก้วน้ำ

การจัดสถานที่ทดสอบ วัดระยะทางเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ความยาวโดยรอบ 45 เมตร (ยาว 40 เมตร และ กว้าง 5 เมตร) วางกรวยไว้ด้านในตามมุมทั้ง 4 จุด ทำเครื่องหมายบอกระยะทางทุก ๆ 5 เมตร โดยใช้เทปขาวติดกับพื้น



**การประเมินผล :** นับระยะทางที่เดินได้จากจำนวนหนัวยางหรือมาร์คเกอร์ที่ได้รับในแต่ละรอบ และนำไปคูณด้วย 45 เมตร บวกกับระยะทางที่เดินได้ไม่ครบ โดยดูจากเครื่องหมายแสดงระยะทุก ๆ 5 เมตร ที่อยู่ใกล้ที่สุด และทำการประเมินผลตามเกณฑ์ดังตาราง

**เกณฑ์การประเมินผล**

เกณฑ์ผู้สูงอายุชาย (เมตร)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 612	612 – 736	> 736
65-69	< 562	562 – 700	> 700
70-74	< 544	544 – 680	> 680
75-79	< 471	471 – 639	> 639
80-84	< 444	444 – 604	> 604
85-89	< 382	382 – 572	> 572
95-94	< 304	304 - 502	> 502

เกณฑ์ผู้สูงอายุหญิง (เมตร)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 547	547 – 659	> 659
65-69	< 500	500 – 636	> 636
70-74	< 482	482 – 614	> 614
75-79	< 433	433 – 585	> 585
80-84	< 3845	384 – 540	> 540
85-89	< 340	340 – 512	> 512
95-94	< 273	273 - 441	> 441

### 3.2 เดินย่ำก้าว 2 นาที

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินความอดทน หรือ สมรรถภาพด้านแอโรบิก (Aerobic Endurance) ของร่างกายเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง นอกเหนือจากการเดิน 6 นาที (6 min walk) ที่จะใช้เมื่อมีพื้นที่จำกัด หรือ สภาพอากาศไม่เอื้ออำนวย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการทรงตัวหรือเดินโดยใช้เครื่องพยุงตัว

**วิธีการ :** ให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่ายืนตรง เมื่อสัญญาณ “เริ่ม” ให้ยกเข่า ขวา-ซ้าย สลับขึ้นลง โดยให้ยกสูงถึงจุดกึ่งกลางของขาท่อนบน (ระหว่างข้อเข่า กับ ขอบบนของกระดูกสะโพก) อาจใช้นั่งยางยึดขึงให้เป็นเส้นระดับความสูงที่กำหนด นับจำนวนครั้งจากเข่าขวาที่ยกสูงขึ้นแต่ยางยึด ในเวลา 2 นาที



## เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์ผู้สูงอายุชาย (ครึ่ง)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 87	87 – 116	> 116
65-69	< 86	86 – 115	> 115
70-74	< 80	80 – 110	> 110
75-79	< 73	73 – 109	> 109
80-84	< 71	71 – 103	> 103
85-89	< 59	59 – 91	> 91
95-94	< 52	52 - 86	> 86

เกณฑ์ผู้สูงอายุหญิง (ครึ่ง)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 75	75 - 107	> 659
65-69	< 73	73 - 107	> 636
70-74	< 68	68 – 101	> 614
75-79	< 68	68 – 100	> 585
80-84	< 60	60 – 91	> 540
85-89	< 55	55 – 85	> 512
95-94	< 44	44 - 72	> 441

## 4. การประเมินสมรรถภาพความแข็งแรงกล้ามเนื้อ

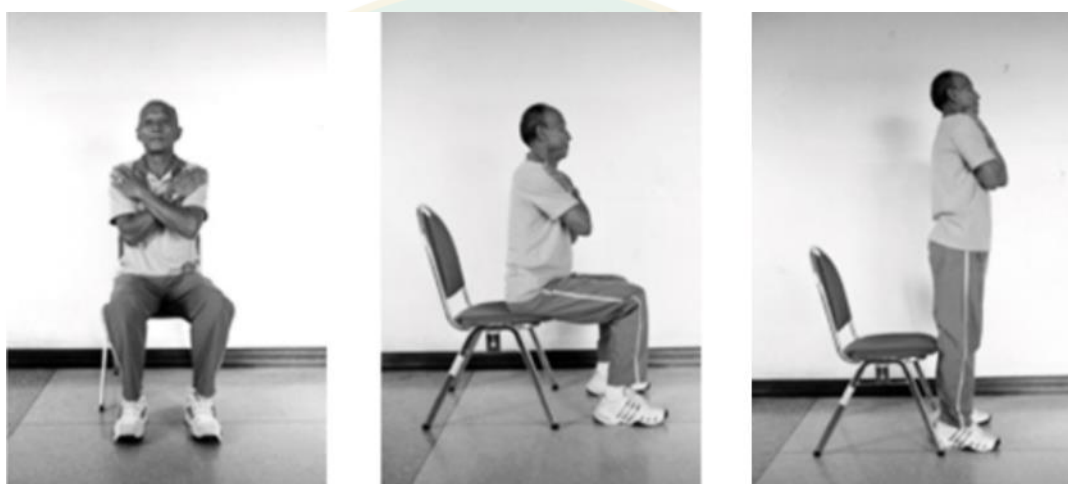
## 4.1 ลูกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที (30 – Second Chair Stand)

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง (Lower body strength) ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น การเดินขึ้นบันได เดิน และลุกออกจากเก้าอี้ ออกจากรถหรือเรือ รวมถึงลดความเสี่ยงจากการหกล้ม

**อุปกรณ์ :** เก้าอี้และนาฬิกาจับเวลา

**วิธีการ :** ให้ผู้สูงอายุประสานมือทั้งสองข้างไว้ที่หน้าอก นั่งค่อมมาทางด้านหน้าของเก้าอี้ เมื่อสัญญาณ “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนตรงจากท่านั่งเก้าอี้ นับจำนวนครั้งที่ลุก-นั่งสมบูรณ์ ในเวลา 30 วินาที (ด้านหลังเก้าอี้ต้องชิดผนัง หรือ มีผู้ช่วยจับพนักเก้าอี้ เพื่อป้องกันเก้าอี้เลื่อนไปข้างหลังขณะทำการทดสอบ)

**การประเมินผล :** นับจำนวนครั้งในการลุกนั่งจากเก้าอี้ ภายในเวลา 30 วินาที โดยเทียบกับเกณฑ์ตามตาราง ดังนี้



#### เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์ผู้สูงอายุชาย (ครั้ง)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 14	14 - 19	> 19
65-69	< 12	12 - 18	> 18
70-74	< 12	12 - 17	> 17
75-79	< 11	11 - 17	> 17
80-84	< 10	10 - 15	> 15
85-89	< 8	8 - 14	> 14
90-94	< 7	7 - 12	> 12

เกณฑ์ผู้สูงอายุหญิง (ครึ่ง)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 12	12 - 17	> 19
65-69	< 11	11 - 16	> 18
70-74	< 10	10 - 15	> 17
75-79	< 10	10 - 15	> 17
80-84	< 9	9 - 14	> 15
85-89	< 8	8 - 13	> 14
95-94	< 4	4 - 11	> 12

#### 4.2 งอแขนพับศอก (Arm Curl test)

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบน (Upper body strength) ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำงานบ้าน การเป็นแม่บ้าน และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยก แบก และถือหิ้ว เช่น ของใช้ กระจา และ การอุ้มเด็ก

**อุปกรณ์ :** ดัมเบลหนัก 5 ปอนด์ (ผู้หญิง) ดัมเบลหนัก 8 ปอนด์ (ผู้ชาย) เก้าอี้ และ นาฬิกาจับเวลา

**วิธีการ :** ให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ แขนท่อนบนข้างถนัดแนบลำตัว แขนท่อนล่างขนานพื้น หงายฝ่ามือขึ้น มือกำดัมเบล เมื่อสัญญาณ “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุงอแขนข้างที่กำดัมเบลขึ้นโดยการพับข้อศอกอย่างสมบูรณ์ แล้วคลายออกนับจำนวนครั้งที่งอแขน-พับข้อศอกสมบูรณ์ ในเวลา 30 วินาที สำหรับผู้หญิง ให้ใช้ดัมเบล น้ำหนัก 5 ปอนด์ หรือ 2.3 กิโลกรัม และ ผู้ชาย ให้ใช้ดัมเบล น้ำหนัก 8 ปอนด์ หรือ 3.6 กิโลกรัม ผู้ทดสอบควรใช้มืออีกข้างหนึ่งช่วยประคองข้อศอกข้างที่ทำการทดสอบเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

**การประเมินผล :** นับจำนวนครั้งของการยกน้ำหนักด้วยดัมเบล โดยงอข้อศอกอย่างสมบูรณ์ ภายในเวลา 30 วินาที โดยเทียบกับเกณฑ์ตามตาราง ดังนี้



เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์ผู้สูงอายุชาย (ครึ่ง)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 16	16 – 22	> 22
65-69	< 15	15 – 21	> 21
70-74	< 14	14 – 21	> 20
75-79	< 13	13 – 19	> 19
80-84	< 12	13 – 19	> 19
85-89	< 11	11 – 17	> 17
95-94	< 10	10 - 14	> 14

เกณฑ์ผู้สูงอายุหญิง (ครึ่ง)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 13	13 – 19	> 19
65-69	< 12	12 – 18	> 18
70-74	< 12	12 – 17	> 17
75-79	< 11	11 – 17	> 17
80-84	< 10	10 – 16	> 16
85-89	< 10	10 – 15	> 15
95-94	< 8	8 - 13	> 13

## 5. การประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ

### 5.1 นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า (Chair Sit-and-Reach test)

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง (Lower body flexibility) ซึ่งสำคัญมากต่อการมีท่าทางที่ดี แบบแผนการเดินที่ปกติและการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เช่น การลุกเข้าออกจากห้องน้ำ การขึ้นรถลงเรือ

**อุปกรณ์ :** เก้าอี้ไม้บรรทัด

**วิธีการ :** ให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ค่อนไปด้านหน้า ขาเหยียด กระดกปลายเท้าขึ้น มือและแขนเหยียดตรง มืออีกข้างหนึ่งทับบนอีกข้างหนึ่ง ค่อย ๆ ก้มเหยียดปลายนิ้วมือที่ยาวที่สุดไปแตะปลายนิ้วเท้า วัดระยะห่างจากปลายนิ้วมือถึงปลายนิ้วเท้า ถ้าระยะห่างจากปลายนิ้วมือไม่ถึงนิ้วเท้า ค่าที่ได้จะเป็นลบ ถ้าปลายนิ้วมือยื่นเลยปลายนิ้วเท้าค่าที่ได้จะเป็นบวก ให้ผู้สูงอายุก้มมากที่สุดเท่าที่ทำได้โดยไม่ให้ขมึดัว เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

**การประเมินผล :** วัดระยะห่างจากปลายนิ้วมือถึงปลายนิ้วเท้า ถ้าระยะห่างจากปลายนิ้วมือไม่ถึงนิ้วเท้า ค่าที่ได้จะเป็นลบ ถ้าปลายนิ้วมือยื่นเลยปลายนิ้วเท้าค่าที่ได้จะเป็นบวก เกณฑ์การประเมินตามตาราง





## เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์ผู้สูงอายุชาย (นิ้ว)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< -2.5	-2.50 - 4.0	> 4.0
65-69	< -3.0	-3.0 - 3.0	> 3.0
70-74	< -3.5	-3.5 - 2.5	> 2.5
75-79	< -4.0	-4.0 - 2.0	> 2.0
80-84	< -5.5	-5.5 - 1.5	> 1.5
85-89	< -5.5	-5.5 - 0.5	> 1.0
95-94	< -6.5	-6.5 - 0.5	> 0.5

เกณฑ์ผู้สูงอายุหญิง (นิ้ว)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< -0.5	-0.5 - 5.0	> 5.0
65-69	< -0.5	-0.5 - 4.5	> 4.5
70-74	< -1.0	-1.0 - 4.0	> 4.0
75-79	< -1.5	-1.5 - 3.5	> 3.5
80-84	< -2.0	-2.0 - 3.0	> 3.0
85-89	< -2.5	-2.5 - 2.5	> 2.5
95-94	< -4.5	-4.5 - 1.0	> 1.0

## 5.2 การเอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง (Back scratch test)

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบน (Upper body flexibility) ซึ่งสำคัญมากต่อการทำหน้าที่ของการเคลื่อนไหวต่าง ๆ และ การป้องกันอุบัติเหตุ

**อุปกรณ์ :** ไม้บรรทัด หรือ เทปวัด

**วิธีการ :** ให้ผู้สูงอายุยืนท่าปกติ ยกแขนด้านที่ถนัดขึ้นเหนือศีรษะแล้วพับข้อศอกมาด้านหลังข้ามบ่าข้างเดียวกัน ฝ่ามือเหยียดเหยียดคว่ำชี้ลง พยายามเหยียดมาถึงที่กลางหลังให้ไกลที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ แขนอีกข้างงอศอกจากเอวขึ้นมาด้านหลัง ฝ่ามือเหยียดหงายชี้ขึ้น เหยียดแขนและนิ้วไปที่กลางหลัง

พยายามเหยียดปลายนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าหากัน หรือ ให้ซ้อนกันให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ทดลองฝึกปฏิบัติ 2 ครั้ง ก่อนการปฏิบัติจริง และทำการทดสอบได้ 2 ครั้ง บันทึกค่าที่วัดได้ทั้ง 2 ครั้ง และเลือกค่าที่ดีที่สุด

**การประเมินผล :** วัดระยะห่างจากปลายนิ้วกลางที่ห่างหรือซ้อนทับมือกัน โดยวัดในแนวตรงที่ดีที่สุด ถ้าปลายนิ้วกลางไม่สัมผัสกัน ค่าที่วัดได้จะเป็นลบ และปลายนิ้วกลางซ้อนพอดี ค่าที่วัดได้เท่ากับ 0 และปลายนิ้วกลางซ้อนทับกัน ค่าที่วัดได้เป็นบวก และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินตามตาราง



เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์ผู้สูงอายุชาย (นิ้ว)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< -6.5	-6.5 – 0.0	> 0.0
65-69	< -7.5	-7.5 – 1.0	> 1.0
70-74	< -8.0	-8.0 – 1.0	> 1.0
75-79	< -9.0	-9.0 – 2.0	> 2.0
80-84	< -9.5	-9.0 – 2.0	> 2.0
85-89	< -10.0	-10.0 – 3.0	> 2.0
95-94	< -10.5	-10.5 – 4.0	> 4.0

เกณฑ์ผู้สูงอายุหญิง (นิ้ว)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< -3.0	-3.0 – 1.5	> 1.5
65-69	< -3.5	-3.5 – 1.5	> 1.5
70-74	< -4.0	-4.0 – 1.0	> 1.0
75-79	< -5.0	-5.0 – 0.5	> 0.5
80-84	< -5.5	-5.5 – 0.0	> 0.0
85-89	< -7.0	-7.0 – -1.0	> -1.0
95-94	< -8.0	-8.0 – -1.0	> -1.0

## 6. การประเมินการทรงตัวและความว่องไว

### 6.1 การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ

**จุดประสงค์ :** เพื่อประเมินการทรงตัวและความว่องไวของร่างกาย (Balance and Agility) ซึ่งสำคัญมากต่อการทำหน้าที่ของการเคลื่อนไหวท่าต่าง ๆ การทรงตัว และ การป้องกันอุบัติเหตุ

**อุปกรณ์ :** เก้าอี้ นาฬิกาจับเวลา กรวยพลาสติก

**วิธีการ :** วางเก้าอี้ชิดฝาผนัง หันหน้าไปทางกรวยที่วางบนพื้น ระยะห่างจากด้านหลังของกรวยถึงจุดแนวตั้งที่อยู่ใต้ขอบที่นั่งด้านหน้าของเก้าอี้เท่ากับ 8 ฟุต ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้ เท้าวางราบกับพื้น มือวางบนต้นขา เท้าข้างหนึ่งวางเหลื่อมไปข้างหน้าเท้าอีกข้างหนึ่งเล็กน้อย ลำตัวโน้มมาด้านหน้าเล็กน้อย เมื่อสัญญาณ “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้เดินอย่างรวดเร็วเท่าที่เป็นไปได้ ตรงไปอ้อมกรวยแล้วกลับมานั่งที่เก้าอี้อย่างรวดเร็ว ผู้ทดสอบจับเวลาเมื่อเริ่มให้สัญญาณเริ่มและกดยุติเวลาที่เมื่อผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้ และทำการทดสอบได้ 2 ครั้ง บันทึกค่าที่วัดได้ทั้ง 2 ครั้ง และ เลือกค่าที่ดีที่สุด

**การประเมินผล :** หลังจากบันทึกเวลาที่ผู้สูงอายุทำการทดสอบเสร็จและให้เลือกค่าเวลาที่ดีที่สุดและนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินตามตาราง



### เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์ผู้สูงอายุชาย (วินาที)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 5.6	5.6 – 3.8	> 3.8
65-69	< 5.7	5.7 – 4.3	> 4.3
70-74	< 6.0	6.0 – 4.2	> 4.2
75-79	< 7.2	7.2 – 4.6	> 4.6
80-84	< 7.6	7.6 – 5.2	> 5.2
85-89	< 8.9	8.9 – 5.3	> 5.3
95-94	< 10.0	10.0 – 6.2	> 6.2

เกณฑ์ผู้สูงอายุหญิง (วินาที)			
อายุ	ต่ำกว่าเกณฑ์	ค่าปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
60-64	< 6.0	6.0 – 4.4	> 4.4
65-69	< 6.4	6.4 – 4.8	> 4.8
70-74	< 7.1	7.1 – 4.9	> 4.9
75-79	< 7.4	7.4 – 5.2	> 5.2
80-84	< 8.7	8.7 – 5.7	> 5.7
85-89	< 9.6	9.6 – 6.2	> 6.2
95-94	< 11.5	11.5 – 7.3	> 7.3

### แบบบันทึกการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... เพศ ชาย หญิง  
 อายุ ..... ปีที่อยู่ .....

โทรศัพท์ติดต่อ.....โรคประจำตัว .....

รายการประเมิน	ค่าการประเมิน	หน่วย	การแปลผล
ความดันโลหิต		มิลลิเมตรปรอท	.....ปกติ .....เสี่ยง .....สูง
อัตราการเต้นหัวใจ		ครั้ง/นาที	.....ปกติ .....เสี่ยง
<b>การประเมินองค์ประกอบร่างกาย (Body composition assessment)</b>			
น้ำหนัก		กก.	
ส่วนสูง		ซม.	
ค่า BMI (ค่าปกติ 18.5-22.9)			.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์
เส้นรอบเอว		ซม.	.....ปกติ .....เส้นรอบเอวเกิน (อ้วน)
<b>การประเมินสมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด (Cardio respiratory fitness assessment)</b>			
เดิน 6 นาที (6 minutes walk)		เมตร	.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์
เดินย่ำก้าว 2 นาที (2 minutes step in place)		จำนวนก้าว	.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์
<b>การประเมินสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular fitness assessment)</b>			
ลุกยืนจากเก้าอี้ (30 - sec chair stand test)		ครั้ง	.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์
งอแขนพับศอก (Arm curl test)		ครั้ง	.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์
<b>การประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Flexibility assessment)</b>			
นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า		นิ้ว	.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์
การเอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง		นิ้ว	.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์
<b>การประเมินการทรงตัวและความว่องไว (Balance and agility assessment)</b>			
การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ (8-feet up and go)		วินาที	.....ต่ำกว่าเกณฑ์ .....ปกติ .....สูงกว่าเกณฑ์

## กิจกรรมทักษะการตัดสินใจ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย ในเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถเลือกปฏิบัติที่ไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

### เนื้อหา

- การปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง (2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง)

### กิจกรรมการอบรม

#### ครั้งที่ 1

- ลงทะเบียน
- การทบทวนตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ
- วิดีทัศน์ “กลุ่มผู้สูงอายุ: BENNETTY”
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “สุขภาพดีอยู่ที่ไหน”

#### ครั้งที่ 2

- ลงทะเบียน
- กิจกรรม”ปฏิเสธ หลีกเลียง การต่อรอง”

เป็นกิจกรรมการสร้างทักษะการปฏิเสธ ทักษะการหลีกเลียง และ ทักษะการต่อรอง โดยการสมมติสถานการณ์แล้วให้ผู้อบรมในแต่ละกลุ่มได้แสดงถึงทักษะดังกล่าว เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

1. เพื่อนบ้านชวนทำลาบดิบฉลองที่ถูกหวย 2 ตัว
2. เมื่อมีงานศพของคนในหมู่บ้าน เพื่อนบ้านชักชวนให้ไปดื่มเหล้าและเล่นการพนัน
3. เมื่อไปร่วมงานขึ้นบ้านใหม่ แล้วมีคนชักชวนให้ดื่มเหล้า
4. คนรู้จักนำเสนอมลพิษภัณฑ์เสริมอาหาร แล้วอธิบานสรรพคุณมากมายแต่ตัวเองไม่ยอม
5. เพื่อนบ้านชักจูงให้เป็นผู้แทนขายตรง

ได้

### วิธีการประเมิน

- การสังเกต
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- งานที่นำเสนอ โดยวิทยากรเสริมส่วนที่ขาดหายไป
- การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ



## กิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคมได้

### เนื้อหา

- ข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง (2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง)

### กิจกรรมการอบรม

#### ครั้งที่ 1

- ลงทะเบียน
- การบรรยาย เรื่อง “สื่อสุขภาพ”

#### ครั้งที่ 2

- ลงทะเบียน
- กิจกรรม “ค้นหาความจริง”

เป็นสถานการณ์สมมุติที่ตั้งขึ้นเพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ ค้นหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์บน

โทรศัพท์มือถือ และวิพากษ์ รวมถึงเสนอแนะความคิดเห็น

- การโฆษณาของเครื่องดื่มน้ำแร่
- ยาเจริญอาหาร ทำให้มีความอยากกินอาหาร
- ยาลูกกลอนช่วยลดความดันโลหิต
- ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารช่วยป้องกันโรค
- เครื่องฟอกอากาศฆ่าเชื้อโรค



### วิธีการประเมิน

- การสังเกต
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- งานที่นำเสนอ โดยวิทยากรเสริมส่วนที่ขาดหายไป
- การซักถามขณะวิทยากรบรรยายแบบไม่เป็นทางการ
- การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ



## กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพตนเอง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวางแผนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย ในเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดี
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีของตนเอง

### เนื้อหา

- การปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง (2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง)

### กิจกรรมการอบรม

#### ครั้งที่ 1

- ลงทะเบียน
- สื่อวีดิทัศน์ “หมอสันต์ : คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”

Link <https://www.youtube.com/watch?v=pNSK25WvTrk>

- กิจกรรมการวางแผน” สุขภาพดีมีอยู่จริง”

#### ครั้งที่ 2

- ลงทะเบียน
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทำกิจกรรมตามแผน” สุขภาพดีมีอยู่จริง” ที่วางไว้

### วิธีการประเมิน

- การสังเกต
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- งานที่นำเสนอ โดยวิทยากรเสริมส่วนที่ขาดหายไป
- การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ



## กิจกรรมรู้เขารู้เรา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีจากผู้ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย ในเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถเลือกปฏิบัติที่ไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

### เนื้อหา

- การปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง

### กิจกรรมการอบรม

- ลงทะเบียน
- กิจกรรม “รู้เขารู้เรา”

การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้เข้าร่วมโครงการในด้าน

1. การรับประทานอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การจัดการความเครียด

โดยจัดกลุ่ม ๆ ละ 5 คน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม และให้ผู้แทนนำเสนอ โดยวิทยากรสรุป พร้อม เพิ่มเติม

### วิธีการประเมิน

- การสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- งานที่นำเสนอ โดยวิทยากรเสริมส่วนที่ขาดหายไป
- การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ



ภาคผนวก ค

✦ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

### ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- |   |  |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง         | คณะศิลปศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยแม่โจ้           |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี           | วิทยาลัยบริหารศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยแม่โจ้    |
| 3. อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์                   | วิทยาลัยบริหารศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยแม่โจ้    |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาลีรัตน์ ขจิตเนติธรรม | คณะครุศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 5. อาจารย์ ดร.ปิยะพันธุ์ นันทา                  | คณะศิลปศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยแม่โจ้           |

### ชุดที่ 2 โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

- |  |  |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.กรณ์ย์ ปัญโญ          | คณะศึกษาศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชัยณรงค์ กงแก้ว | คณะศึกษาศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพล แจ็งอักษร   | คณะศึกษาศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวกนกวรรณ อังกสิทธิ์
เกิดเมื่อ	4 ตุลาคม พ.ศ. 2515
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2564 ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ พ.ศ. 2540 ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2537 วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2540 - 2545 ผู้ช่วยวิจัย ภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2545 – 2558 อาจารย์ ภาควิชาอาชีวศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอาชีวศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่