



แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านสูงอายุ

โดย

นางสาวเกศราพร กองศรีพิลากรมย์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการศึกษาดลอดชีวิตและการพัฒนามนุษย์ แผน ก แบบ ก 2

ภาควิชาการศึกษาดลอดชีวิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านสูงอายุ



โดย
นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการศึกษาดลอดชีวิตและการพัฒนามนุษย์ แผน ก แบบ ก 2
ภาควิชาการศึกษาดลอดชีวิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

DEVELOPMENTAL APPROACHES TO PROMOTE HEALTH LITERACY ELDERLY
PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Education (LIFELONG EDUCATION AND HUMAN DEVELOPMENT)

Department of LIFELONG EDUCATION

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2019

Copyright of Graduate School, Silpakorn University

หัวข้อ	แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของ
	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ
โดย	เกศราพร กองศรีพิลารมย์
สาขาวิชา	การศึกษาตลอดชีวิตและการพัฒนามนุษย์ แผนก ก แบบ ก 2
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	อาจารย์ ดร. นันทวัฒน์ ภัทรกรนนท์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิซ)

พิจารณาเห็นชอบโดย
.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มหาจันทร์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.นันทวัฒน์ ภัทรกรนนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร.พีรเทพ รุ่งคุณากร)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ดร.ขวัญดาว กล่ำรัตน์)



59251202 : การศึกษาตลอดชีวิตและการพัฒนามนุษย์ แผน ก แบบ ก 2

คำสำคัญ : ความฉลาดทางสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ, แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้

นางสาว เกศราพร กองศรีพิลารมย์: แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อาจารย์ ดร. นันทวัฒน์ ภัทรกรนนท์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม และ 2) เพื่อหาแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 234 คน โดยใช้การสุ่มแบบง่าย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาร่วมกับ อาจารย์ ดร.พีระเทพ รุ่งคุณากร ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำแบบทดสอบไปใช้ และนำแบบทดสอบไปทดลองใช้จริง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.23$) แต่บางส่วนยังขาดทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ซึ่งศักยภาพในการให้ความรู้แก่ชุมชนอาจด้อยลง หากมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเนื่องจากประชาชนมีความหวังว่าบุคลากรดังกล่าวจะให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพได้

59251202 : Major (LIFELONG EDUCATION AND HUMAN DEVELOPMENT)

Keyword : Health Literacy, Public health volunteers at the elderly villages, Guidelines for learning development

MISS KETSARAPORN KONGSRIPILAROM : DEVELOPMENTAL APPROACHES TO PROMOTE HEALTH LITERACY ELDERLY PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS THESIS ADVISOR : NANTAWAT PATTARAGORRANAN, Ph.D.

The purposes of this research were 1) to study the level of Health Literacy of the elderly public health volunteers. Nakhon Chai Si District And 2) to find ways to improve Health Literacy of the elderly public health volunteers. Nakhon Chai Si District Nakhon Pathom Province The subjects were health volunteers in the elderly villages. Nakhon Chai Si District Nakhon Pathom Province, 234 people using simple random sampling. The research tool was a questionnaire developed by the researcher with Dr. Peerathep Rungkhunakorn. The researcher checked the quality of the test by examining the content validity by experts. And find the consistency index (IOC) to check the feasibility of using the test and put the test into practice Data analysis used descriptive statistics such as frequency, percentage, and standard deviation. The study found that Health Literacy of the village health volunteers in the elderly. Overall is at a high level ($\bar{x} = 4.23$) but some parts still lack skills in accessing health information and health services. In which the potential for providing knowledge to the community may deteriorate. If there is not enough Health Literacy in which the potential for providing knowledge to the community may deteriorate. If there is not enough health literacy. According to the research, it is suggested that personnel in primary care units should be developed for Health Literacy because people are hoping that these people will be able to help people with health problems.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ” ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความเมตตา เอาใจใส่ ให้คำปรึกษา และคำแนะนำ เพื่อให้ผ่านปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมทั้งดูแลในการปรับแก้ และให้ข้อมูลต่าง ๆ จาก อาจารย์ ดร.นันทวัฒน์ ภัทรกรนันท์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร. พิระเทพ รุ่งคุณากร อาจารย์ผู้ควบคุมร่วม

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มหาจันทร์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ ดร.ขวัญดาว กล่ำรัตน์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและแก้ไข ใส่ใจ รายละเอียดของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้คำปรึกษา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ที่กรุณาให้ความร่วมมือในขั้นตอนการทดสอบเครื่องมือ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

และท้ายที่สุด ขอขอบคุณ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง ตลอดจนคุณครู อาจารย์ เพื่อนสนิท และเพื่อนนิสิต ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงในครั้งนี้

เกศราพร กองศรีพิลารมย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	24
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	35
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่.....	42
บริบทอำเภอนครชัยศรี.....	65
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	68

งานวิจัยในประเทศ.....	68
งานวิจัยต่างประเทศ.....	72
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	76
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	80
การสร้างและหาคคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	81
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	82
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	83
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
ข้อค้นพบที่ 1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.....	85
ข้อค้นพบที่ 2 แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.....	95
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	98
สรุปผล.....	98
อภิปรายผล.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	105
รายการอ้างอิง.....	107
ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	127
ภาคผนวก ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	136
ภาคผนวก ง หนังสือขอเชิญเป็นผู้ตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	138

ภาคผนวก จ หนังสือขอตกลงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	142
ภาคผนวก ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	145
ภาคผนวก ช หนังสือตอบรับและขอเชิญนำเสนอผลงานวิจัย.....	147
ภาคผนวก ซ เกียรติบัตรรับรองการนำเสนอบทความ	149
ประวัติผู้เขียน	151



สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพ	19
ตารางที่ 2	แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ	22
ตารางที่ 3	แสดงความสัมพันธ์ของการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยและการเรียนรู้ ตามอัธยาศัยในลักษณะต่าง ๆ.....	61
ตารางที่ 4	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามรายชื่อตำบล ในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.....	77
ตารางที่ 5	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	78
ตารางที่ 6	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ รายได้ และประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข.....	80
ตารางที่ 7	ภาพรวมระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม	85
ตารางที่ 8	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายชื่อด้านการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ	86
ตารางที่ 9	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายชื่อด้านความรู้ความเข้าใจ	88
ตารางที่ 10	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายชื่อด้านทักษะการสื่อสาร.....	89
ตารางที่ 11	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายชื่อด้านทักษะ การจัดการตนเอง	90
ตารางที่ 12	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายชื่อด้านการตัดสินใจ	92

ตารางที่ 13	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายชื่อด้านการรู้เท่าทันสื่อ.....	94
ตารางที่ 14	แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.....	95



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน	33
ภาพที่ 2 สภาพการณ์ของการเรียนรู้	43
ภาพที่ 3 แสดงกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติตามแนวคิดของ Pedler	55
ภาพที่ 4 แสดงลักษณะการเรียนรู้ตามอริยาศัยของบุคคล	62



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมักได้ยินคำว่าความฉลาดทางสุขภาพ กันมากขึ้นทั้งวงการการศึกษา และวงการสาธารณสุข ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (สวรส., 2541) สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ว่า “ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจในบริบททางด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตัวเอง” (Nutbeam, 2000) เนื่องจากการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง (WHO, 2009) จากการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ โดยบุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (NAAL, 2003, อังไฉ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตริเพชรศรีอุไร, 2554) ดังนั้นความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจ ที่ไขไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งการมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉินและมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น แต่ถ้าหากมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดีลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัว

ในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น แต่การมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ไม่ได้เกิดจากการมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเท่านั้น แต่จะต้องมีความสามารถในการเข้าใจ พิจารณา และแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจ ใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะแสดงถึงความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ จึงจำเป็นต้องประเมินความฉลาดทางสุขภาพให้ครบทุกระดับ ซึ่งในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ให้ความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน เพราะถ้าประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) นอกจากนี้แนวคิดของ Nutbem (2008) ยังได้แบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคในกรณีที่บุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนด้วย ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 26 - 30 ตุลาคม พ.ศ.2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) จึงประกาศเชิญชวนประเทศสมาชิกให้มุ่งเน้นความสำคัญในการพัฒนาองค์ประกอบฐานรากของความฉลาดทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลและการปฏิบัติที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ที่เกี่ยวข้องด้วย ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งในการพัฒนาประเทศในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ถือเป็นกลไกหลักในการพัฒนาที่เป็นการวางรากฐานที่สำคัญที่จะสามารถสานต่อการพัฒนาในระยะต่อไป เพื่อนำไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขที่สำคัญ คือการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนโดยการวางรากฐานการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเน้นความทั่วถึงอย่างเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมของการพัฒนาในช่วง 5 ปี ต่อจากนี้ จะเป็นอย่างสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการปฏิรูปเพื่อแก้ปัญหารากฐานที่เป็นจุดอ่อนและข้อจำกัดของประเทศที่สั่งสมมานาน ในขณะเดียวกันก็ต้องดำเนินยุทธศาสตร์เชิงรุก

เพื่อใช้ประโยชน์จากจุดแข็งและจุดเด่นของประเทศให้เกิดผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างเต็มที่ เน้นการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานด้านต่าง ๆ ของประเทศไม่ว่าจะเป็นด้านสังคมที่จะเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 การเชื่อมต่อด้านการค้า และเศรษฐกิจระดับคุณภาพและการเข้าถึงการศึกษาและการสาธารณสุขการขาดแคลนวัยแรงงาน ความเหลื่อมล้ำ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อรองรับการวิวัฒน์ของเทคโนโลยีและ ความเป็นอยู่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยหลักการสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 เช่น การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 ต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 รวมไปถึงการยึดวิสัยทัศน์ภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการ พัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” การพัฒนาในช่วง 5 ปี ภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ถือเป็นกลไกหลักและนับเป็น 5 ปีแรก ของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) สู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาวในที่สุด โดยยุทธศาสตร์การพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จึงมุ่งเน้น ประเด็นการพัฒนาที่จะเป็นการวางพื้นฐานที่สามารถสานต่อการพัฒนาในระยะต่อไปครอบคลุม ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาพื้นฐานเชิงยุทธศาสตร์ และกลไกสนับสนุนยุทธศาสตร์ให้สัมฤทธิ์ผลในทุกมิติ เพื่อนำไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ประเทศไทยได้เข้าสู่มิติแห่งการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศในระยะยาว เพื่อใช้ขับเคลื่อนประเทศไปสู่เป้าหมายที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันทั้งประเทศโดยรัฐบาลได้มีการกำหนด เพื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2599 ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในการจัดทำยุทธศาสตร์ และกรอบการปฏิรูปและจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนา ประเทศให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ขึ้นเพราะแนวโน้มของสถานการณ์สุขภาพในอนาคตอันใกล้นี้ ที่ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่ในทางกลับกันสังคมไทยยังขาดคุณภาพในทุก ๆ ด้านรวมถึงด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตระหนักถึงการวางแผนในระยะยาวเพื่อแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นและกำลังจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยนำกรอบแนวคิดแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุขปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาวางทิศทางในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะละ 5 ปี มีจุดเน้นหนักแต่ละระยะ คือ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564 ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565 - 2569 สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 พ.ศ. 2570 - 2574 สู่อความยั่งยืน ระยะที่ 4 พ.ศ. 2575 - 2579 เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย รวมไปถึงเป้าหมายยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาว

ในด้านสาธารณสุขโดยมีวิสัยทัศน์ (Vision) คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยมีเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน มุมมองเรื่องสุขภาพในประเทศไทยมีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กำหนดความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “ภาวะของมนุษย์ ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” และให้ความหมายของคำว่า “ปัญญา” ว่าเป็น “ความรู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความซื่อ ความมีประโยชน์และความมีโทษซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น” การที่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีความบกพร่องในการรับรู้ และเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร อาทิ เด็ก ผู้พิการผู้สูงอายุ ผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ชนกลุ่มน้อย ชาวต่างชาติ ฯลฯ ย่อมมีข้อจำกัดในการรับรู้ การคิด และเลือกหนทางที่จะปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นความหมายของคำว่า “สุขภาพ” จึงเตือนให้เราทุกคนตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันระหว่างสุขภาพกายอารมณ์ และจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมและการเสริมสร้างทักษะในการดำเนินชีวิต “ความฉลาดทางสุขภาพ” จึงเป็นหนทางสำคัญและนับได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี ในความหมายที่กล่าวถึง ข้างต้น

ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึง ร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีก 3 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะเป็สังคมสูงอายุสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าหน้านี้เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด กล่าวคือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มที่ลดลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลกระทบต่ออัตราการพึ่งพิงกลุ่มวัยแรงงานที่จะต้องดูแลประชากรวัยเด็กและผู้สูงอายุมากขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพจะสูงขึ้นจากรูปแบบภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ สวัสดิการทางสังคมที่รัฐต้องดูแลผู้สูงอายุจะทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นนอกจากนี้จากลักษณะโครงสร้างครอบครัวไทยที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง อันเป็นผลพวงมาจากการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเขาสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตลำพัง การได้รับการดูแลและช่วยเหลือก็ลดลงน้อยลง ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในอนาคต การที่ประชากรผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้นไม่ได้หมายความว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วยแต่ดูเหมือนว่าช่วงชีวิตที่ยาวขึ้นนั้นจะเป็นช่วงแห่งการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับด้วย (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2549: 21) นอกจากนี้การพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทยยังส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่อนบ้าน

ในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงต้องมีทักษะในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน และช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนช่วยผลักดันให้การสาธารณสุขของไทยพัฒนาเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับสากล การพัฒนาด้านสุขภาพโดยผ่านการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ทางกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญมาโดยตลอด ทั้งนี้เห็นได้จากการผลิตคู่มือสุขภาพจิตชุมชนและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เหล่าอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่อยู่ในชุมชนได้ โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขมีอุดมการณ์ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างศักยภาพทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและคุณประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม การดำเนินงานของอาสาสมัครสูงอายุจึงเป็นการดำเนินงานในระดับจุลภาคในระดับครอบครัวและชุมชน ที่แบ่งเบาภาระการดูแลผู้สูงอายุในภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากรายงานแผนการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 พบว่า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นอีกอำเภอหนึ่งที่มีประชากรจำนวนมาก คือ 107,979 คน และมีผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นลำดับที่ 3 ของจังหวัด คือ 21,519 คน คิดเป็นร้อยละ 19.93 ของประชากรทั้งอำเภอนครชัยศรี ซึ่งผู้สูงอายุ มักมองว่าตนเองด้อยค่าต้องพึ่งพาผู้อื่น และร่างกายก็เสื่อมโทรม ไม่สามารถทำอะไรได้ดี แต่แท้จริงแล้ว ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อสังคมเป็นอย่างมาก เป็นแหล่งความรู้ความชำนาญ และเป็นผู้รังไร้ซึ่งประเพณี วัฒนธรรม อีกทั้งยังเป็นสายใยสำคัญของครอบครัวอีกด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญของสังคม องค์การสหประชาชาติจึงมีมติให้ในวันผู้สูงอายุสากล หรือวันผู้สูงอายุโลกขึ้น โดยกำหนดให้ตรงกับวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี สำหรับในประเทศไทย ก็ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุเช่นกัน ในสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ จึงกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งอำเภอนครชัยศรี เป็นอีกอำเภอหนึ่งที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์ที่หลากหลายและยาวนาน นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายกระทรวงสาธารณสุขอาศัยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ทั้งทางกาย ทางใจ และมีความมั่นคงทางสุขภาพ เพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จัดการดูแลระยะยาวรองรับสังคมผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบให้สูงอายุมีสุขภาพดีเข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรี การดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน พัฒนาและยกระดับความรู้

อาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นหมอบริการบ้าน ในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ เข้าถึงข้อมูลและแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางไปพบแพทย์

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพพร้อมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพซึ่งจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุสามารถค้นหาบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพในชุมชนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่บุคคลดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพของประชาชนจะช่วยเสริมสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เหมาะสมต่อการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสภาพสังคมให้กับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของ สังคม สร้างเสริมและพัฒนา เพื่อให้เป็นบุคลากรที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา มุ่งปลูกฝังจิตสำนึกทัศนคติที่ถูกต้อง รู้จักพึ่งตนเองมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ใฝ่รู้ มีคุณธรรม จริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข แต่การที่อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุจะสามารถเรียนรู้และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขนั้น จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ ทักษะ การคิดและการแก้ปัญหาเป็น มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้เกิดการเชื่อมโยงการบูรณาการอย่างมีคุณภาพ ทักษะพื้นฐานความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ที่ดีอันจะส่งผลให้มีความพร้อมในการเรียนรู้หรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุจึงเป็นบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุจึงต้องมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมก่อนจึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในการแนะนำความรู้สาธารณสุขและการดูแลสุขภาพให้กับคนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ ตลอดจนแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศในการวางแผนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุและผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและความสุขในการดำรงชีวิตต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นอย่างไร
2. แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อหาแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ
2. แนวคิดการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ
4. อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดตามวัตถุประสงค์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

ประชากร

อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็น มีภูมิลำเนาหรือทำงานในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จำนวน 24 ตำบล ในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 599 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ และเนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 234 คน ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากตารางสำเร็จรูปของ เครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) (สิทธิ์ ธีรสรณ์, 2552: 411) คิดเป็นร้อยละ 100

ขอบเขตด้านพื้นที่/ระยะเวลา

ด้านพื้นที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย 24 ตำบล ดังนี้

1. ตำบลนครชัยศรี 2. ตำบลท่าตำหนัก 3. ตำบลวัดแค 4. ตำบลจรัลรัย 5. ตำบลขุนแก้ว
6. ตำบลบางแก้ว 7. ตำบลบางระกำ 8. ตำบลลานตากฟ้า 9. ตำบลวัดสำโรง 10. ตำบลดอนแฝก
11. ตำบลห้วยพลู 12. ตำบลบางพระ 13. ตำบลบางแก้วฟ้า 14. ตำบลวัดละมุด 15. ตำบลสัมปทวน
16. ตำบลศรีมหาโพธิ์ 17. ตำบลท่ากระชับ 18. ตำบลโคกพระเจดีย์ 19. ตำบลบางกระเบา 20. ตำบลท่าพระยา
21. ตำบลไทยาวาส 22. ตำบลศรีชะทอง 23. ตำบลแหลมบัว 24. ตำบลพะเนียด

ระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ตั้งแต่ กันยายน พ.ศ. 2561 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้บริหารได้ข้อมูล สารสนเทศในด้านระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย วางแผนการปฏิบัติงานในด้านที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุได้แนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาต่อตนเอง ชุมชน และสังคม
3. หน่วยงานอื่น หรือผู้ที่สนใจสามารถนำผลการวิจัยไปศึกษา พัฒนาต่อยอด หรือประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ความฉลาดทางสุขภาพ** หมายถึง ระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ การวิเคราะห์ การประเมิน สำหรับการปฏิบัติงานและการจัดการในด้านสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน แบ่งเป็นองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพได้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร 4) ด้านทักษะการตัดสินใจ 5) ด้านการจัดการตนเอง และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ (access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอื่น จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

ด้านที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skill) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติ

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด/อ่าน/เขียน และสามารถสื่อสารหรือโน้มน้าวใจผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง (self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

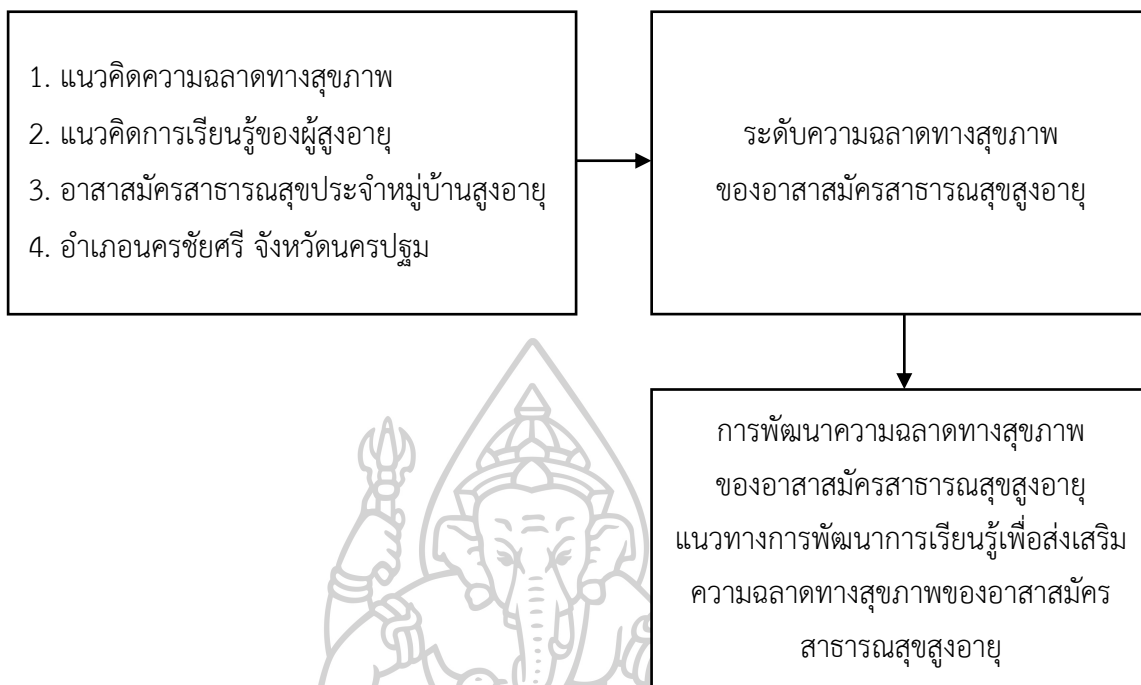
ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี – ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ด้านที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และความสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

2. แนวทางพัฒนาการเรียนรู้ หมายถึง วิธีการในการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เกิดการเรียนรู้ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้หรือการฝึกอบรม รวมทั้งวิธีการทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย ในลักษณะต่าง ๆ เพื่อมีความฉลาดทางสุขภาพมากขึ้น

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน โดยมีหน้าที่ 1) สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน 2) ให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค 3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน 4) ปฏิบัติงานที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้าน 5) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน 6) บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และจากแหล่งอื่น ๆ 7) ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน 8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน มีภูมิลำเนาหรือทำงานในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ
2. แนวคิดการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ
4. อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของกระบวนการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา และสถานะสุขภาพ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560)

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy : HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ.1974 (Mancuso, 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลายกระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษาและสื่อมวลชน (Smith et al., 2004) ในช่วงปี พ.ศ. 2542 - 2552 มีบทความวิจัยและรายงานวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มจำนวนมากขึ้นโดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ (adult) มากที่สุดรองลงมาได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (elder) กลุ่มเด็ก (child/children) และกลุ่มวัยรุ่น (adolescent) ตามลำดับ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2553) รวมทั้งมีการนำเสนอกรอบแนวคิดจากนักวิจัยและนักการศึกษาที่หลากหลายกระนั้นก็ตามยังมีการอธิบายความหมายในมุมมองที่แตกต่างกันอยู่บ้างตามประสบการณ์และทัศนะของนักวิชาการ

พัฒนาการ คำนิยาม และความหมาย

ความฉลาดนั้นในยุคแรกมีตัววัดคือ IQ (Intelligence Quotient) ซึ่งเป็นการวัดจากทั้งการสื่อสารโดยวัจนภาษา (Verbal) และ อวัจนภาษา (Nonverbal) ต่อมาก็ขยายออกไปสู่เรื่องความฉลาดทางอารมณ์ หรือ EQ (Emotional Quotient) โดย EQ ตรวจวัดได้จากความเติบโตทางอารมณ์ และมีความสำคัญต่อความสำเร็จ อีกแนวคิดคือความฉลาดที่หลากหลาย Multiple Intelligences ซึ่งนำเสนอโดย Gardner (1982) โดยกำหนดมิติของความฉลาดไว้ 7 มิติดังนี้

1. การพูดและภาษา (Verbal and Linguistic)
2. ตรรกะและคณิตศาสตร์ (Logical and Mathematical)
3. ดนตรี (Musical)
4. การเคลื่อนไหว (Kinesthetic)
5. การเห็นและสร้างภาพ (Visual and Spatial)
6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal)
7. การเข้าใจตัวเอง (Intrapersonal)

คำนิยามและความหมาย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่ามีแนวคิดที่แตกต่างกัน และยังมีมิติที่เป็นองค์ประกอบการวัดความฉลาดทางสุขภาพที่หลากหลาย ไม่ใช่เพียงแค่การรู้หนังสือ (Literacy) ที่เป็นความสามารถเข้าใจภาษาในระดับที่เหมาะสมกับการติดต่อสื่อสาร มาตรฐานสำหรับการรู้หนังสือมีความหลากหลายระหว่างสังคม เช่น คนจำนวนมากอ่านตัวหนังสือไม่ได้แต่อ่านตัวเลขได้ อาจไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้ดีแต่รับรู้ได้จากวิธีที่หลากหลายตามแนวความคิดของการรู้หนังสือ

การใช้คำ “Health literacy” ในภาษาไทย มีดังนี้

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข “ความแตกฉานด้านสุขภาพ”
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ”
3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “ความฉลาดทางสุขภาพ”

4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี 2556 “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

ในปี ค.ศ.1974 มีการบัญญัติคำว่า ความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy ครั้งแรกในการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา (Mancuso, 2009) และมีผู้ได้ให้คำจำกัดความที่มีการนำมาใช้กันอย่างหลากหลาย

WHO (1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ นอกจากนั้นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้อธิบายเสริมว่า ความฉลาดทางสุขภาพเป็นการบรรลุถึงระดับความรู้ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจ ในการที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองและชุมชนดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และสภาพความเป็นอยู่

สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยาม Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่านการทำความเข้าใจและการกระทำ เมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ” โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People 2010) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคล จะแสวงหา ตีความหรือทำความเข้าใจข้อมูล พื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจ ในการดูแลสุขภาพ”

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine : IOM (2004) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะ ของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพรวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้ (1) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ ทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและ ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจและ ใช้ข้อมูลเพื่อ ให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบท ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ปี ค.ศ. 2000) (2) “สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสาร เกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (ปี ค.ศ.2008) และ (3) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถ ของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (ปี ค.ศ.2009)

Rootman (2009) ให้ความหมายว่าเป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อประเมินและบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็น ที่ต้องการในด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย ซึ่งต่อมา Chin et al.

(2011) ให้ความหมายว่าเป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพและล่าสุด Edwards, Wood, Davies, and Edwards (2012) ได้กล่าวว่าความฉลาดทางสุขภาพนั้นได้รับการถ่ายทอดหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมสร้างให้ตนเองเกิดความสามารถจนกลายเป็นผู้มีความฉลาดทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขาให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพบางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

ซาร์คาโดลาส, พลีสันต์ และเกียร์ (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005: 96-97) นิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

คิกบัสช์ และแม็ก (Kickbusch & Maag, อ้างใน Pleasant & Kuruville, 2008) นิยามว่า “ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันและมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง”

เพลียน และคुरुวิลลา (Pleasant & Kuruville, 2008) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหาทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพดีและลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

อิชิคาว่า และคณะ (Ishikawa et al., 2008) นิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

จากการทบทวนนิยามและความหมายของ Health literacy พบว่า ยังมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุดเป็นนิยามของดอน นัทบีม (Nutbeam D.) ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคล ส่วนนิยามอื่น ๆ มีความแตกต่างออกไป เช่น การอ่านข้อความ การคำนวณตัวเลข ความจำ ความรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจหลังจากใช้ข้อมูลและความเท่าเทียมด้านสุขภาพ เป็นต้น การใช้คำเรียก “Health literacy” ที่มีปรากฏในภาษาไทยมีหลายคำ ดังนี้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2541) แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้คำนิยาม (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2554)

2. ความฉลาดทางสุขภาวะ เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2553) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2554)

3. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2554: 17 - 19)

4. ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดคำเรียกภาษาไทยว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และกำหนดคำนิยามไว้ว่า หมายถึง “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2554)

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้นจากการจำแนกระดับของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century จำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยคิกบุชช (Kickbusch, 2001: 292) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการ ประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาลเภสัชกรรวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยากำหนดนัดหมาย”

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/ interactive health literacy ได้แก่ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ ในการเข้าร่วมกิจกรรมรู้จักเลือกใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ critical health literacy ทางปัญญา และสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่ง ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง

สรุปโดยรวม ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพและการวัดความฉลาดทางสุขภาพ

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

“ความฉลาด” มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรงและการเรียนรู้เรื่องความฉลาดทางสุขภาพโดยศึกษาพัฒนาการค่านิยมและความหมายทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพที่ชัดเจนขึ้นซึ่งจะต้องอาศัยคุณลักษณะเหล่านี้ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (intervention) สร้างแนวทางพัฒนาในด้านต่าง ๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนา “ความฉลาด” ให้เกิดขึ้นนี้ ซึ่งจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations) ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออกเขียนหนังสือไม่ได้หรือพูดไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติรวมทั้งปัญหาในการใช้ภาษาหลักและภาษาถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เช่น คนที่เรียนหนังสือน้อย คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติ คนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2. กลุ่มประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (low-literacy populations) ประชาชนกลุ่มนี้ ข้อจำกัดและอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้มีน้อย แต่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการ เรียนรู้ทำให้การดูแลเรื่องสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย

คนที่ไม่ชอบถามคนชื้อ่าย คนพูดเสียงเบาคนที่บอกอะไร ไม่ค่อยได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูกต้อง คนที่ไม่ช่างสังเกต กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มตกหล่นไม่ครบถ้วน เป็นต้น

3. กลุ่มประชาชนทั่วไป (general populations) ประชาชนกลุ่มนี้เป็นประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความสามารถและสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองแต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะในเรื่องที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาทิ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เมาแล้วขับซึรด กินอาหารตามใจปาก เทียบหญิงขาเทียบหญิงขาบริการ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรค ฯลฯ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชน ทุกกลุ่มวัยและมีส่วนร่วมสำคัญในปฏิบัติการต่าง ๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพบุคคลกลุ่มนี้ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน ครูสุศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านต่าง ๆ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิภาพของการให้บริการ อาทิ ทำให้ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะอ่านคำแนะนำที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจ คำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย ฯลฯ

เมื่อกล่าวถึงคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (1999) ชี้ว่าควรประกอบด้วย ทักษะสำคัญ 6 ประการคือ (1) ทักษะด้านตัวเลข หรือ uantitative (2) ทักษะด้านเหตุและผลที่พิสูจน์ได้ หรือ scientific literacy (3) ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ หรือ technological literacy (4) ทักษะความเข้าใจทางวัฒนธรรม หรือ cultural literacy (5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หรือ media literacy และ (6) ทักษะการใช้อุปกรณ์และเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือ computer literacy

การกำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพอาจสะท้อนได้จากมาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติ (The National Health Education Standards : NHES) ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษาของสหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดคุณลักษณะ 8 ประการ ที่ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการไปตามช่วงชั้น ประกอบด้วย

1. ความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้สุขภาพดี
2. มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ ครอบครั เพื่อน วัฒนธรรม สื่อ เทคโนโลยี ฯลฯ
3. มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม

4. มีทักษะในการสื่อสารเพื่อ เสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ
5. มีทักษะในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ
6. มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ
7. มีทักษะในการแสดงพฤติกรรมทางสังคมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ
8. มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

จากการทบทวนองค์ความรู้และการศึกษาของกองสุขภาพพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทาง สุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ (access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอื่น จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skill) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติ
3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด/อ่าน/เขียน และสามารถสื่อสารหรือโน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
4. การจัดการตนเอง (self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
5. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี - ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และความสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพ

องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพรู้วิธีการในการค้นหาและการใช้อุปกรณ์สืบค้นอาทิ คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด ฯลฯ 2. มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3. มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้
2. ความรู้ ความเข้าใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรู้และการจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. มีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐานและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 3. มีความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
3. ทักษะการสื่อสาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่านเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี 3. มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
4. การจัดการตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดี 3. มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพ (ต่อ)

องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
5. ทักษะการตัดสินใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 2. มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามแผนที่กำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 3. มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
6. การรู้เท่าทันสื่อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 2. มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น 3. มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

การจัดเรียงลำดับขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ เป็นการเรียงลำดับขึ้นตามความสามารถของบุคคลตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ทักษะทางปัญญา (cognitive Skill) และ ทักษะทางสังคม (Social Skill) ซึ่งทักษะทางปัญญานั้นพัฒนาจากทักษะการเรียนรู้ของบลูม ระบุว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในสมองทำให้มีความรู้ ความคิด ความเข้าใจซึ่งเป็นพฤติกรรมตามพุทธิพิสัย (Cognitive Domains) ซึ่งมี 6 ชั้น ได้แก่ 1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ 2) ความเข้าใจที่เป็นความสามารถในการแปลความหมายในสิ่งที่ได้เรียนมา 3) การประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนมาทำให้เกิดประโยชน์ 4) การวิเคราะห์ คือ ความสามารถแก้ปัญหาตรวจสอบได้ 5) การประเมินค่า คือความสามารถในการเลือกหรือตัดสินใจได้ว่าอะไรถูกอะไรผิดอย่างมีเหตุผล มีเกณฑ์เทียบแนชัด 6) การสร้างสรรค์ คือความสามารถสร้างความรู้ใหม่ ลบล้างหรือต่อยอดความรู้เดิมและเกิดประโยชน์มากขึ้น ส่วนทักษะทางด้านสังคมที่เป็นองค์ประกอบด้านการสื่อสารนั้นเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในแต่ละชั้น

การจัดเรียงองค์ประกอบที่ 1 – 4 เป็นการเข้าถึง เข้าใจ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญและทำให้บุคคลสามารถนำข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นไปใช้ในการดูแลจัดการสุขภาพของตนเองได้ ในขั้นนี้บุคคลจะสามารถปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพได้ จึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตั้งแต่ขั้นนี้ อย่างไรก็ตามในลำดับที่ 5 – 6 เป็นส่วนต่อขยายสำคัญที่บุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพแล้ว จะต้องเรียนรู้

ต่อยอดจากข้อมูลความรู้ที่มีอยู่เดิม เพื่อเพิ่มให้สามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี คือความสามารถในการตัดสินใจเลือกและรู้เท่าทันสื่อสุขภาพที่มีอยู่มากมาย ความฉลาดทางสุขภาพในส่วนนี้จึงเป็นความสามารถในระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health literacy Level) ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้

การวัดความฉลาดทางสุขภาพ

การวัดความฉลาดทางสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรก ๆ ขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วยรวมทั้งการสื่อสารและการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมายส่งผลให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลอย่างที่ควรต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ขึ้น

เครื่องมือและการวัดความฉลาดทางสุขภาพมีการพัฒนาไปตามการให้คำนิยามและความหมายรวมทั้งการกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนสามารถสะท้อนถึงความฉลาดทางสุขภาพและความเฉพาเจาะจงมากพอที่สามารถวัดได้ ดังนั้น จึงยังคงต้องมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่และกลุ่มวัยต่าง ๆ ต่อไปในอนาคต

อย่างไรก็ตามองค์ความรู้เรื่องนี้ในปัจจุบันยังไม่เป็นข้อยุติว่าคุณลักษณะทั้ง 6 ด้านที่กำหนดขึ้นจำเป็นจะต้องวัดในทุกระดับหรือจะสามารถกำหนดวิธีการวัดความฉลาดทางสุขภาพได้ทั้ง 3 ระดับหรือไม่ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป สำหรับแนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามคุณลักษณะ 6 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้



ตารางที่ 2 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเพิ่มความฉลาด ทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
(1) การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพ (access)	มีความสามารถในการ เลือกแหล่งข้อมูล สุขภาพ รู้วิธีการในการ ค้นหาและการใช้ อุปกรณ์สืบค้นอาทิ คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด ฯลฯ	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถ ในการค้นหาข้อมูล สุขภาพที่ถูกต้องและ ทันสมัยเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ตรวจสอบข้อมูลจาก หลายแหล่งจนข้อมูลมี ความน่าเชื่อถือสำหรับ การนำมาใช้
(2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)	การรู้และการจำ ประเด็นเนื้อหาสำคัญใน การปฏิบัติตัวเพื่อให้ สุขภาพดี	มีความรู้ความเข้าใจ ระดับพื้นฐานและ สามารถอธิบายถึงความ เข้าใจในการนำไป ปฏิบัติตัวได้อย่าง ถูกต้อง	มีความรู้ความเข้าใจ ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถวิเคราะห์หรือ เปรียบเทียบอย่างมี เหตุผลเกี่ยวกับแนว ทางการมีพฤติกรรม ที่ถูกต้อง
(3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill)	มีความสามารถในการ สื่อสารโดยการพูดอ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเพื่อให้ สุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสาร ระดับพื้นฐานและ สามารถสื่อสารให้ บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้ มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสาร ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถโน้มน้าวให้ ผู้อื่นยอมรับแนว ทางการมีพฤติกรรม ที่ถูกต้อง

ตารางที่ 2 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเพิ่มความฉลาด ทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
(4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	มีความสามารถในการ กำหนดทางเลือกและ ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือ เลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับพื้นฐานและมี ความสามารถในการใช้ เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสียเพื่อการ ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/ เลือกวิธีปฏิบัติซึ่งเป็น ทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถแสดงทางเลือก ที่เกิดผลกระทบน้อยต่อ ตนเองและผู้อื่นหรือ แสดงข้อมูลที่หักล้าง ความเข้าใจผิดได้อย่าง เหมาะสม
(5) การจัดการตนเอง (self-management)	มีความสามารถในการ กำหนดเป้าหมายและ วางแผนในการปฏิบัติ ตนเพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับพื้นฐานและ สามารถทำตามแผนที่ กำหนดโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ทบทวนวิธีการปฏิบัติ ตนตามเป้าหมายเพื่อ นำมาปรับเปลี่ยนวิธี ปฏิบัติตนให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้อง
(6) รู้เท่าทันสื่อ (media literacy)	มีความสามารถในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อ นำมาใช้ในการดูแล สุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อ ระดับพื้นฐานและ สามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อเพื่อ หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ ของตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทาง ให้กับชุมชนหรือสังคม

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา “คนที่ฉลาดในวันนี้ก็มีใช้ว่าจะฉลาดตลอดไป” เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย ดังนั้นการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพอยู่เสมอจึงจะเป็นหนทางช่วยให้เป็นคนทันโลกและทันโรค โดยอาศัยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับตนใกล้ชิด ครอบครัว คนร่วมชุมชนและสังคมได้อีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อมาในปี 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีเพียงระดับเดียว อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคใต้, 2554)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เม็ดกรวดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูผา พร้อมทั้งจะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนา ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

1. ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน งานสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นหลังจากมีคำประกาศปฏิญญาสากลว่าประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะให้ความร่วมมือทั้งรายบุคคลและเป็นคณะ เพื่อให้บรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าภายใน ปี 2543 องค์การอนามัยโลกได้จัดสรรทรัพยากร เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขซึ่งดำเนินโดยชุมชนหรือที่เรียกว่าสาธารณสุขมูลฐานสมัครสาธารณสุขนั้นมาดัดแปลงมาจากความคิดนี้มีโครงการทดลองที่ จังหวัดพิษณุโลกซึ่งนายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย ได้ทำไว้โดยคัดเลือกชาวบ้านบางคนมาทำการฝึกอบรม ให้ทำการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ ในระยะแรก ๆ พบอุปสรรคทางสถาบันการศึกษาถือว่าเป็นการสร้างเหมือนจริงรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโครงการที่คล้าย ๆ กันนำเสนอความคิดเรื่องอาสาสมัครเข้าสู่การวางแผนระดับชาติโดยมีการประชุมปรึกษากันหลายครั้ง ในที่สุดก็ได้รับความเข้าใจทุกฝ่าย

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2520 ในระยะแรกเป็นไปในลักษณะโครงการทดลองใน 20 จังหวัด โดยดำเนินการทดลองในทุกอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบลซึ่งตำบลที่เข้าไปดำเนินการต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เคยดำเนินการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาแล้ว

2. สะดวกต่อการเข้าไปในเขตงานและประเมินผล

3. มีสถานีอนามัยและมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่

1. เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพกันเองด้วยวิธีที่ง่ายประหยัดและทั่วถึง

2. เพื่อช่วยบรรเทาภาวะขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชนบท

3. เพื่อแก้ไขปัญหาพยาบาลหรือดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของประชาชน

และเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2522 คณะรัฐมนตรีลงมติอนุมัติในหลักการตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้เปลี่ยนคำ ว่า การสาธารณสุขเบื้องต้น เป็นสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงถือว่า วันที่ 20 มีนาคม 2522 เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย

กิจกรรมจัดให้มีการประกวดเพื่อคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น และจัดนิทรรศการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ที่เข้ามาเป็นอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพอนามัยของเพื่อน บ้านโดยมิหวังผลตอบแทนใด ๆ เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีความสมัครใจที่จะทำงานเพื่อส่วนรวมด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน

2. มีความรู้อ่านออกเขียนได้

3. เป็นผู้ที่ชาวบ้านไว้วางใจ

4. มีที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพในหมู่บ้านนั้น ๆ

5. มีอาชีพแน่นอนและมีรายได้เลี้ยงตนเอง

6. ตั้งบ้านเรือนอยู่ในสถานที่ที่ประชาชนไปติดต่อได้ง่าย

7. ไม่จำกัดเพศ และไม่จำกัดอายุ

8. ไม่ควรเป็นข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือแพทย์ประจำตำบล

ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะคัดเลือกโดยวิธีออกเสียงในที่ประชุม ซึ่งประกอบด้วยกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน (ถ้ามี) กลุ่มผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล แต่จะไม่มี การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากราชการ เพื่อหลีกเลี่ยงความเข้าใจว่า อสม. เป็นข้าราชการ ตลอดระยะเวลาที่มากกว่า 20 ปี ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือประชาชนให้มีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ช่วยให้ประเทศชาติลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง ได้อย่างมหาศาลโดยทำหน้าที่ในการ "แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี" ด้วยความวิริยะอุตสาหะ โดยปัจจุบันได้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นจำนวนถึง 686,537 คน กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท เพื่อทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นเตือน และส่งเสริมชักชวนให้พี่น้องประชาชนดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รัฐบาลได้ตระหนักถึงคุณค่าและคุณความดีของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงได้มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ.2536 กำหนดให้ วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งชาติ ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นวันที่มีความสำคัญ และมีความหมายต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่านั้น แต่ยังเป็นวันที่มีความสำคัญต่อการสาธารณสุขในประเทศไทยอีกด้วย เนื่องจากวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2522 คณะรัฐมนตรีสมัย “พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์” ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และได้ลงมติอนุมัติ ให้เปลี่ยนคำว่า “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” จากเหตุการณ์สำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งชาติ” และคณะรัฐมนตรี ให้การอนุมัติ เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2537 เป็นต้นมา

2. ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือก จากชาวบ้าน ในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542: 35) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านมาแล้ว ยังรวมกลุ่มกันปฏิบัติงานเป็นทีม หรือมีความเต็มใจทำงาน มีผลงานดี มีเวลาว่าง มีความเสียสละ เต็มใจที่จะให้บริการเพื่อนบ้าน

สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ บุคคลที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน

3. ประเภทและจำนวนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัคร สาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้ พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบ 8 - 15 หลังคาเรือน พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบ 20 - 30 หลังคาเรือน เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบ 8 - 15 หลังคาเรือน ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน

4. คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สำหรับบุคคลที่จะมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 4.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
- 4.2 สมัยครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 4.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา

1 - 2 ปี)

- 4.4 มีความคล่องตัวในการประสานงานอ่านออกเขียนได้
- 4.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
- 4.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล

หรือพระภิกษุ

สรุปได้ว่า คุณสมบัติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นต้องมีใจอาสา เสียสละ อ่านออก เขียนได้ เป็นตัวอย่างที่ดีในสังคมและไม่ควรมีตำแหน่งทางราชการหรือการเมือง รวมถึงการเป็นพระด้วย

5. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

5.1 วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

5.2.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งจะใช้เวลา การอบรม 3 วัน ได้แก่

- 1) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- 4) การค้นหาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น

- 5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- 7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 8) การฟื้นฟูสภาพ
- 9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- 10) การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.
- 11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

5.2.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และให้มีการดำเนินการอบรมอย่างต่อเนื่องทุกเดือนตามหลักสูตรบังคับ กำหนดอบรมเดือนละ 1 วัน

ดังนั้นสรุปได้ว่า หลักสูตรการอบรมนั้นมีตั้งแต่ 1 – 12 วัน ขึ้นอยู่กับ บริบทของชุมชนนั้น ๆ และหลังจากจบหลักสูตรแล้วก็จะได้รับการลงทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับใบประกาศนียบัตรและมีบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนนอกจากนี้ ก็จะมีการอบรม ฟื้นฟูและอบรมเฉพาะ กิจกรรมในงานใหม่ ๆ ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอยู่เรื่อยไป

6. การขึ้นทะเบียน วาระและการฟื้นฟูสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.1 การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้น ได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐาน และกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็น หลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6.2 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้ พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้ เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6.2.1 วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้วยตนเอง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการเป็นกันเองกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

6.2.2 การฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีดังนี้

1) ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

2) ตาย

3) ลาออก

4) ย้ายที่อยู่

5) ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

สรุปได้ว่า การขึ้นทะเบียน หรือหมดวาระของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น จะพิจารณาจากผลงานการปฏิบัติงานโดยทั่วไปกำหนดไว้ที่ 2 - 4 ปี แต่หากลาออก ตาย ย้ายที่อยู่ หรือประชาชนลงมติให้ ออกก็สามารถคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ก่อนวาระปกติได้

7. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้วข้าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้อบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

7.1 เป็นผู้สื่อข่าวข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

7.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการ และสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริม

สุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหาจำเป็นไว้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

7.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

7.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

7.5 เผื่อระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เผื่อระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เผื่อระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เผื่อระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเผื่อระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

7.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

7.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน หมายถึง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน แบ่งออกได้ 2 แนวทาง ตามแนวคิดของนักวิชาการแต่ละด้าน ดังนี้

สเตราส์ และเซเลส (Strauss & Sayles, 1960: 119-127 อ้างถึงใน เอกรินทร์ โประเวช, 2551: 33) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกพอใจในงานที่ทำและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ คนจะรู้สึกพอใจในการปฏิบัติงาน เมื่องานนั้นให้ผลประโยชน์ตอบแทนทางด้านวัตถุ และทางด้านจิตใจซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเขาได้

เซอร์เมอร์ฮอร์น (Schermerhorn, 1996: 48) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติงานของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้

1. คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลความรู้ทักษะและประสบการณ์ในการทำงานซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน กล่าวคือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลต้องเหมาะกับงานนั้นจึงจะส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด

2. ความพยายามในการทำงานของบุคคล หมายถึง ความตั้งใจเต็มใจของบุคคลต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความยินดีที่จะปฏิบัติงาน ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการทำงาน หากบุคคลมีแรงจูงใจก็จะพยายามทำงานนั้นให้ประสบความสำเร็จได้

3. การสนับสนุนจากองค์กร ค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน และสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ทำงาน สิ่งเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลด้วย (ผลงานวิจัยนิตยสารปริญาโทหลักสูตรธุรกิจบัณฑิต, 2554: <<http://www...>>)

นฤมล กิตตะยานนท์ (อ้างถึงใน ศทวารุช พรหมายน, 2545: 15-16) ได้ให้ความเห็นว่าการปฏิบัติงานของแต่ละคนจะถูกกำหนดโดย 3 ส่วน ดังนี้

1. คุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์

1.2 เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับความรู้ความสามารถ ความถนัด และความชำนาญของบุคคล ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะได้มาจากการศึกษาอบรม และสั่งสมประสบการณ์

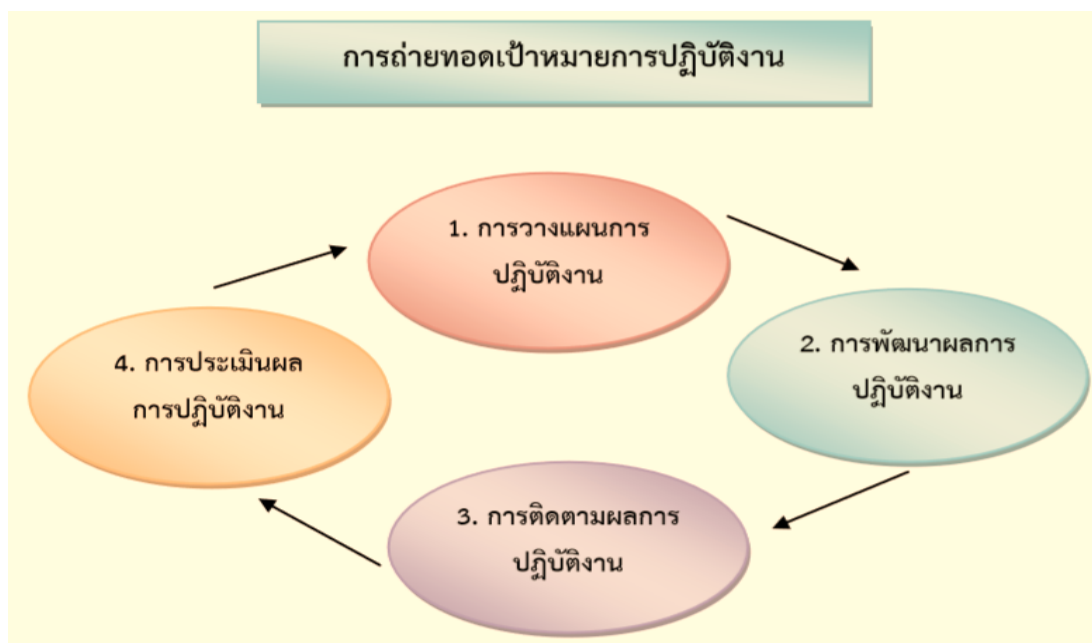
1.3 เป็นคุณลักษณะทางด้านจิตวิทยา ซึ่งได้แก่ ทัศนคติ ค่านิยม การรับในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วย

2. ระดับความพยายามในการทำงาน จะเกิดผลจากการมีแรงจูงใจในการทำงาน ได้แก่ ความต้องการ แรงผลักดันอารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจ ความตั้งใจ เพราะคนที่มีแรงจูงใจในการทำงาน สูงจะมีความพยายามที่จะอุทิศกำลังกาย และกำลังใจให้แก่การทำงาน มากกว่าผู้ที่แรงจูงใจในการทำงานต่าง ๆ

3. แรงสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งได้แก่ ค่าตอบแทน ความยุติธรรมการติดต่อสื่อสารและวิธีการที่จะมอบหมายงานซึ่งมีผลต่อกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล เกิดจากสภาพภูมิหลังของแต่ละคน ที่ไม่เหมือนกัน สภาพร่างกายจิตใจ การศึกษา ความรู้ ความสามารถ ความถนัดต่าง ๆ โดยมีปัจจัยสนับสนุน ให้เกิดความแตกต่างจากการประเมินของผู้บังคับบัญชาแล้วให้คะแนนออกมาในระดับต่าง ๆ ปานกลาง และ ระดับสูง ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้ผู้นั้นมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่มากขึ้น เรื่อย ๆ (DeK-D, 2554: <<http://www...>>)

หลักการระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล และเกิดการพัฒนาย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงาน และประชาชนผู้รับบริการ ระบบบริหารผลการปฏิบัติงานที่นำมาใช้สำหรับข้าราชการพลเรือนจึงประกอบด้วย 4 กระบวนการ จากภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2556)

จากภาพที่ 1 แสดงระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน

1. การวางแผนการปฏิบัติงาน เป็นช่วงที่เราให้ความสำคัญกับการกำหนดเป้าหมายในระดับบุคคล เพื่อให้ผลผลิต และผลลัพธ์ของงานที่ได้สอดคล้อง และส่งผลต่อเป้าหมาย และความสำเร็จขององค์กรอย่างแท้จริง ดังนั้น จึงต้องทำการถ่ายทอด (cascade) เป้าหมายการปฏิบัติงาน ขององค์กรลงมาตามลำดับชั้น คือ จากระดับองค์กรลงสู่ระดับสำนัก/กอง/ฝ่าย/ส่วน/กลุ่ม จนถึงระดับบุคคล โดยเป้าหมายงานในระดับต่าง ๆ ต้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร กระบวนการนี้มีความสำคัญในการชี้ให้ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับเห็นอย่างชัดเจนว่า เราอยู่ตรงไหนในองค์กร ทำอะไร และสิ่งที่เราทำนั้นมีประโยชน์ส่งผลต่อเป้าหมายขององค์กรอย่างไร ต่อไปนี้ทุก ๆ คนในองค์กรจะต้องรับรู้บทบาท และจุดยืนของตนเองว่าเราก็เป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการผลักดันให้องค์กรของเราก้าวไปข้างหน้า มิใช่ทำงานหนักกันทุกวันแต่ไม่รู้ว่าจะทำไปเพื่ออะไร

2. การพัฒนาผลการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการวางแผนการพัฒนา ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น เนื่องจากปัญหาหนึ่งที่พบคือ ข้าราชการไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม หรือไม่มีการกำหนดการพัฒนาอย่างจริงจัง ดังนั้น จึงมีการแก้ปัญหาโดยการกำหนดให้มีการวางแผน การพัฒนาผลการปฏิบัติงานให้มีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อเริ่มมีรอบการประเมินและทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการติดตามผลการปฏิบัติงาน ตลอดรอบการประเมิน อีกทั้งยังต้องกำหนดการวัดและบันทึกความสำเร็จของกิจกรรม การพัฒนาด้วยอย่างชัดเจนการพัฒนานี้นอกจากจะมีประโยชน์โดยตรงกับพวกเราแล้ว ข้อมูลในการพัฒนาที่ได้รับการบันทึกไว้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางให้ผู้รับผิดชอบด้านการพัฒนาของหน่วยงาน เพื่อที่จะได้ทราบความต้องการของการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานในองค์กรและสามารถวางแผนพัฒนาได้อย่างเป็นระบบและตรงตามความต้องการ

3. การติดตามผลการปฏิบัติงาน หลังจากที่มีการวางแผนการปฏิบัติงานและการวางแผนพัฒนาผลการปฏิบัติงานแล้ว ผู้บังคับบัญชาจะต้องใช้เวลาตลอดรอบการประเมิน เป็นโอกาสในการที่จะติดตาม ดูแล ให้คำชมเชย คำปรึกษา การสอนงาน การสังเกตปัญหาและข้อเสนอแนะในการแก้ไข รวมถึงการติดตามดูผลงาน ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้วย โดยทั้งหมดนี้ เราจะมีการบันทึกการติดตามดูแลเอาไว้การติดตามดูแลการปฏิบัติงานนี้ เมื่อกระทำอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเหมาะสมการสื่อสารที่มีประสิทธิผลก็จะเกิดขึ้นทั้ง 2 ทาง ทั้งจากหัวหน้าสู่ลูกน้องและลูกน้องสู่หัวหน้า หัวหน้าและลูกน้องได้โอกาสพูดคุยกันมากขึ้น สร้างความสัมพันธ์และบรรยากาศที่ดีในการทำงานและสร้างความเข้าใจในการทำงานร่วมกันอยู่ตลอดเวลา ผลการปฏิบัติงานที่ได้ก็จะเป็นที่น่าพอใจทั้ง 2 ฝ่าย

4. การประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นการประเมินเพื่อให้ทั้งผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชาทราบว่าผลการปฏิบัติงานเป็นอย่างไร อยู่ในระดับใด เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญประกอบการพิจารณาด้านต่าง ๆ เช่น การให้รางวัล หรือการให้ผลตอบแทนที่เหมาะสม การปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน วิธีการทำงานหรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานผลการประเมินในการปฏิบัติงานยังชี้ให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างเป้าหมายที่ตั้งไว้กับผลการปฏิบัติงานจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการหาสาเหตุซึ่งอาจมาจากทั้งระดับบุคคล เช่น สมรรถนะและความรู้ในงานหรือระดับองค์กร เช่น กระบวนการทำงาน หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน เป็นต้น ผลการประเมินสมรรถนะหากทำอย่างถูกต้อง มีการกระจายของข้อมูลที่ได้รับอย่างเพียงพอแล้ว จะนำข้อมูลที่เชื่อถือได้ โดยสามารถบ่งชี้ถึงชุดพฤติกรรมพึงประสงค์ หรือสมรรถนะที่เป็นจุดเด่น และจุดด้อยของผู้ปฏิบัติงาน แต่ละคนได้ ทั้งนี้ เพื่อนำไปกำหนดวิธีการปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายการทำงาน ได้อย่างเหมาะสมสำหรับการบริหารผลการปฏิบัติงานในรอบต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2556)

สรุป จากแนวความคิดการปฏิบัติงานกล่าวว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน การรู้สึกมีความสุข เมื่อได้รับผลสำเร็จตามความ มุ่งหมาย ความต้องการหรือแรงจูงใจ งานนั้นให้ผลประโยชน์ ตอบแทน ทางด้านวัตถุและทางด้านจิตใจซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเขาได้และควรมี การประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปกำหนดวิธีการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานและ กำหนด เป้าหมายการทำงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า ผู้สูงอายุ หรือที่บางคนเรียก ชรา หรือผู้สูงวัยนั้น เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกแทนบุคคลที่มีอายุมาก ผมหขาว หน้าตาเหี่ยวขุ่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า โดยพจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ, ชำรุดทรุดโทรม. และ ให้ความ หมายของคำว่า ชราภาพ คือ ความแก่ด้วยอายุ, ความชำรุดทรุดโทรม, เช่น อันทุพพลชราภาพแล้ว (โลกนิติ) ทั้งนี้จาก ผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธานได้กำหนดคำ ให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้เป็นคำที่มีความหมายยกย่อง ให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพ ว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์มากกว่า

จากการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 1995 United Nation Conference on Aging ใช้คำว่า “Older Person” สำหรับเรียกผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) และได้ให้นิยาม ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชาย และหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป และได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์
3. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศ ที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา (2553: 17) ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้ง ชายและหญิงที่มาอายุ ตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสังคม รวมถึง ต้องการการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

สุพรรณษา วังศิริ (2552) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัย สุดท้ายของชีวิตที่มีอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์สากลที่มีความสัมพันธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงาน ทางสังคม (Murry & Zentner, 1985, อ้างถึงใน ธรรธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม: 11) อธิบายว่า ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุ เป็นภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น โดยพิจารณาตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป และถือว่าวัยนี้เป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย

เจมส์ และเรนเนอร์ (อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2541: 11) ได้ให้ความหมายของ ผู้สูงอายุ ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับของความ สูงอายุออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทินโดย นับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลง ในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซว่นปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะ ต่าง ๆ ของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะ ผู้ที่มีประสบการณ์

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6-7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุไว้ว่าบุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็น ผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวน ปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544: 10-11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บาร์โรว์ และสมิธ (Barrow & Smith) ว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุแต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงานเช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด ในผู้สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวันสิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพโดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกาย และจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปีขึ้นไป

ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ (2543) ให้ความหมายผู้สูงอายุหรือผู้ชราว่า คือ ผู้ที่อยู่ในวัยแห่งการเสื่อมของร่างกาย เปรียบเสมือนไม้ใกล้ฝั่ง เป็นวัยที่มีแต่ความหลังเหลืออยู่ เป็นวัยที่มีประสบการณ์ ความชัดเจนในชีวิตที่จะให้คำปรึกษาแนะนำผู้อื่นเป็นวัยที่มองกลับถึงอดีตภาคภูมิใจ ในความสำเร็จของลูกหลานที่เจริญก้าวหน้าขึ้นลูกหลานสามารถเป็นผู้ใหญ่มีครอบครัว มีหลักฐานได้ก็ด้วยการเลี้ยงดูของตนมา

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2546 กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์และมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548: 2)

สรุป จากความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแห่งการเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ และด้านสังคม เป็นวัยที่มีประสบการณ์ ความชัดเจนในชีวิตที่จะให้คำปรึกษาแนะนำผู้อื่น รวมถึงต้องการการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

คำแถลง นโยบายของคณะรัฐมนตรีพลเอก ประยุทธ์ จันทร์ชชา นายกรัฐมนตรีแถลงต่อ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ซึ่งมีนโยบายที่เกี่ยวข้องด้านผู้สูงอายุ ได้แก่

ข้อ 3. การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ

3.4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้นและโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

นโยบายกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รัฐบาลโดยการนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีได้กำหนดนโยบาย การบริหารราชการแผ่นดิน บนพื้นฐานของการน้อมนำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศว่าด้วยการ “เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา” ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นหลักสำคัญ มุ่งเน้นยุทธศาสตร์ “ทำก่อนทำจริง ทำทันทีเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างยั่งยืน” เพื่อตอบสนองต่อนโยบาย การบริหารราชการแผ่นดินดังกล่าว โดยเฉพาะนโยบายด้านสังคมเรื่อง “การลดความเหลื่อมล้ำ ของสังคม และสร้างโอกาสเข้าถึงบริการของรัฐ” พลตำรวจเอกอดุลย์ แสงสิงแก้ว รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (รมว.พม.) จึงได้กำหนดนโยบายที่จะดำเนินการ ในระยะ 1 ปี เพื่อขับเคลื่อนภารกิจเร่งด่วนและวางรากฐานการพัฒนาในระยะยาว โดยมีเป้าหมายลด ความเหลื่อมล้ำของสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาความขัดแย้งและความเดือดร้อนทั้งหลาย ของประชาชนสำหรับการประเด็นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ถือเป็นนโยบายเร่งด่วน “ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม พัฒนาสังคมร่วมกันอย่างยั่งยืน”

- การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (Life Cycle Development) เกิดจากการประเมินสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศไทย พบว่า วัยเด็กและวัยแรงงานลดลง และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ประเทศไทยต้องเร่งสร้างคุณภาพคนตั้งแต่เกิดจนถึงบั้นปลายชีวิตช่วงวัยที่ 5 วัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มุ่งเน้นการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงในชีวิต รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครัวเรือน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีการพัฒนาต่าง ๆ ในการสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะการร่วมส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

- การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากปี 2557 พบว่า ประชากรสูงอายุของไทยมีถึง 9.93 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งประเทศ จำนวน 64.87 ล้านคน และคาดว่าใน ปี 2570 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 16.15 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรไทย (ข้อมูลประมาณการประชากรของประเทศไทยพ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) จึงจำเป็นต้องเร่งพัฒนาสวัสดิการทางสังคมและให้มีหลักประกันความมั่นคงในการดำเนินชีวิตที่ยั่งยืนมุ่งเน้นการสร้างสังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ให้คนทุกกลุ่มวัยตระหนักในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุการให้ความรู้ด้านการใช้ชีวิตกับผู้สูงอายุในครอบครัว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มวัยส่งเสริมการจัดสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม การเข้าถึงหลักประกันทางสังคม สนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัย ส่งเสริมการมีงานทำ เพื่อสร้างรายได้รวมทั้งผลักดันให้มีระบบการออมและระบบบำนาญ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีดำเนินโครงการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและการบริหารจัดการโดยผู้แทนผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมและบริการด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัวยุคใหม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่งเสริมอาชีพและการถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน

นโยบายตามพันธกิจด้านผู้สูงอายุ

- คุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุให้เข้าถึงหลักประกันทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีฯลฯ
- ส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- สนับสนุนศักยภาพและคุณค่าของผู้สูงอายุด้วยการรวบรวมและถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ให้เป็นคลังปัญญาผู้สูงอายุ โดยการขับเคลื่อนของชมรมคลังปัญญาผู้สูงอายุจังหวัดซึ่งมีเจ้าหน้าที่รัฐร่วมเป็นคณะกรรมการ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงอายุ พบว่ามีนักวิชาการได้มองภาวะสูงอายุแตกต่างกัน โดยในส่วนของเอเบอร์โซล และเฮส (Ebersole & Hess, 1985: 23-32, อ้างถึงใน ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, 2553: 9-11) ได้สรุปแนวคิดและทฤษฎีการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่ามนุษย์ ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ จากทฤษฎีทางชีววิทยาของการสูงอายุ จะพบว่าในแต่ละทฤษฎีนั้นก็ได้อธิบายที่จะค้นหาความจริงเพื่อนำมาอธิบายว่าการสูงอายุหรือความแก่เป็นผลจากสิ่งใดในการนำทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ไปใช้ผู้ศึกษาแต่ละคนมีแนวความเชื่อในเรื่องใด ล้วนแต่จะนำแนวคิดของทฤษฎีไปประกอบการศึกษา ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้า ทดลองเกี่ยวกับความแก่มากมาย แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปใดที่สามารถนำไปใช้อธิบายทั่วไปได้ ทราบแต่เพียงวาระกระบวนการชราภาพหรือความแก่ของเซลล์ต่าง ๆ เป็นปฏิกิริยาซับซ้อนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเผาผลาญฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกันระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในเซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะเท่านั้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญทางด้านจิตวิทยา ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีอายุในจิตวิทยาในเรื่องเขาวนปัญญาพบว่าไม่อาจสรุปได้ว่าเขาวนปัญญาจะเสื่อมลงตามวัยส่วนในเรื่องความจำและการเรียนรู้ได้มีการศึกษาถึงความจำและการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ต้องควบคู่กันไป จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องใช้เวลาานานกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้คือความเครียดอันเป็นผลมาจากระบบประสาทและสรีรวิทยาของบุคคล การสูญเสียความจำและความสามารถในการเข้าใจและแรงจูงใจ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีเซลล์ประสาทในสมองตายเป็นจำนวนมาก แต่ขณะเดียวกันก็สะสมประสบการณ์อันเกิดจากการเรียนรู้ไว้มากเช่นกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าถ้าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ดีในอดีตได้รับการยอมรับดี มีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงก็จะส่งผลต่อวัยที่สูงขึ้น ทำให้มีความรอบคอบสุขุมตามขึ้นด้วย แนวคิดทางจิตวิทยา ได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยา และสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมที่คนชรา นั้น ๆ อาศัย

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory)

ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีแนวคิดที่น่าสนใจได้แก่

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurs ในปี 1960 ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในทางบวก ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ สำหรับคำว่ากิจกรรมตามแนวคิดนี้หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเอง นั่นคือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อสังคม หรือชุมชน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจะทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อสังคม สารระของทฤษฎีนี้อธิบายได้โดยสรุปว่า การมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีกิจกรรมที่พอเหมาะกับวัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้ สภาพสังคมปัจจุบันที่ทันสมัยและเปลี่ยนแปลงไป (Modernization Perspective) เป็นปัจจัยซึ่งว่าด้วยบทบาทของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้สูงอายุก้าวตามไปไม่ทัน การเชื่อมโยงบุคคลแต่ละวัยแต่ละยุค (Intergeneration Linkege) เป็นปัจจัยที่สนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ชีวิตของคนเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างคนในวัยเดียวกันแต่คนละยุคสมัย

3.2 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bernice Neugarten และคณะ ราวปี 1960 (Eliopoulos, 1995: 16, Neugarten et. al., 1968 cited in Miller, 1995: 33) เพราะเหตุว่าทั้งทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีการถอยห่างไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อใหม่ว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาช่วยอธิบายได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์, 2537)

3.3 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะปรับบทบาทและสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่นการละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุและเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นต้น

สรุป จากทฤษฎีทางสังคมวิทยาเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข แต่มองความสูงอายุจากสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลงแต่ผู้สูงอายุยังคงต้องการบทบาทเดิมจึงเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดการถอนตัวออกจากสังคม แต่การจะใช้ชีวิตในช่วงสูงอายุให้มีความสุขนั้นต้องคงบทบาทและสภาพทางสังคมไว้แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม

สรุปโดยรวม จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุแต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงผู้สูงอายุแตกต่างกันไปโดยทฤษฎีทางจิตวิทยาจะอธิบายถึงประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะพิจารณาจากความจำด้านการเรียนรู้ สถิติปัญญาอารมณ์ และทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขได้นั้นต้องคงบทบาท และสภาพทางสังคมไว้แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

การเรียนรู้ไม่ได้เกิดขึ้นเองอย่างอัตโนมัติแต่ผู้สอนต้องจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์โดยยึดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังหรือจุดประสงค์เป็นเป้าหมาย ให้ผู้เรียนมีประสบการณ์การเรียนรู้เกิดการเรียนรู้ขึ้นมีการแสดงพฤติกรรมก่อนข้างถาวรออกมาตามจุดประสงค์เป้าหมาย การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้สอนให้กับผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์และมีประสบการณ์การเรียนรู้จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนที่ต้องการให้เกิดขึ้น และเป็นเป้าหมายในการพัฒนาผู้เรียนที่ผู้สอนต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้เป็นอย่างดีสาระสำคัญพอสังเขปเกี่ยวกับพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้มีดังนี้

ความหมายของการเรียนรู้

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า “การเรียนรู้” พอสังเขปไว้ดังนี้

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2542: 70) ได้กล่าวถึง การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ทั้งที่มีลักษณะแสดงออกและซ่อนเร้น ซึ่งเป็นผลจากการฝึกฝน อบรม และยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวในลักษณะค่อนข้างถาวร

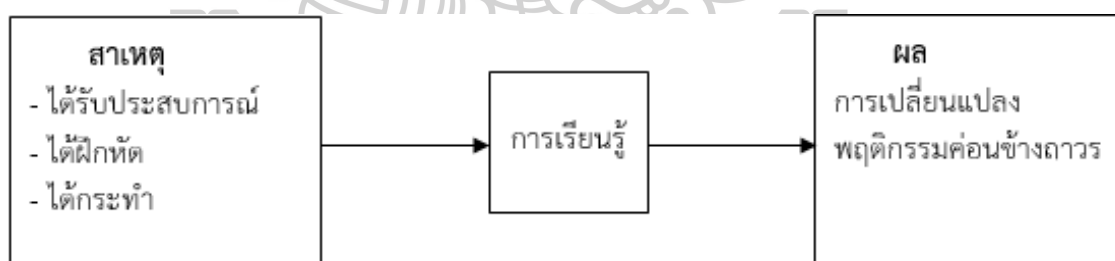
สวาง สุทธิเลิศอรุณ (2545: 6) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากประสบการณ์

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2542: 77) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ หมายถึงกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากประสบการณ์ หรือมาจากการฝึกหัดซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนี้จะเป็นพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร และเป็นผลมาจากการฝึกหัดเท่านั้นการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เป็นผลมาจากการใช้ยาหรือสิ่งเสพติด หรืออุบัติเหตุ จะไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้

เกริกกอรี่ (Houston, 1976: 5, citing Gregory, 1961, 1967) ได้กล่าวถึงการเรียนรู้เป็นความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงขีดความสามารถที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างค่อนข้างถาวรซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการได้กระทำที่ได้รับการเสริมแรง

ลีฟรานคอยส์ (Lefrancois, 2000: 5) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้หมายถึงความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงขีดความสามารถที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์มาจากการได้รับประสบการณ์

เมื่อพิจารณาความหมายของการเรียนรู้ที่นักวิชาการต่างกล่าวได้ให้ความหมาย ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อคิดเห็นบ่งชี้ที่สำคัญในความหมายของการเรียนรู้ที่นักวิชาการทุกคน อาทิ ผลจากการได้ฝึกหัด ผลจากการกระทำที่ได้รับการเสริมแรง และผลจากการฝึกอบรมข้อคิดเห็นบ่งชี้เหล่านี้เมื่อมองในเชิงระบบเป็นสาเหตุช่วยให้เกิดการเรียนรู้โดยมีข้อคิดเห็นบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมค่อนข้างถาวรเป็นผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นนั่นเอง ดังภาพประกอบ 1 สภาพการณ์ของการเรียนรู้



ภาพที่ 2 สภาพการณ์ของการเรียนรู้

จากภาพประกอบ 1 ผนวกกับข้อคิดเห็นบ่งชี้สำคัญที่วิเคราะห์ได้จากที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายของการเรียนรู้ได้วคือ “หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมค่อนข้างถาวรซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว และมีปริมาณของความรู้ที่เพิ่มขึ้นแต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์มิได้เป็นการเรียนรู้เสมอไป โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวในช่วงระยะหนึ่งซึ่งเกิดจากการมีสิ่งเร้ามากระตุ้น” นอกจากนี้ยังสะท้อนแนวคิดที่สำคัญของการเรียนรู้ได้ 2 ประการสำคัญ คือ

(1) การเรียนรู้ไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่สืบเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์หรือได้ฝึกหัดหรือได้กระทำ และ (2) การเรียนรู้ไม่สามารถจะมองเห็นได้โดยตรงในขณะที่กำลังเกิดการเรียนรู้ แต่จะทราบได้ว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นแล้ว โดยอาศัยสังเกตพฤติกรรมหรือผลจากการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ แสดงออกมา

การเรียนรู้ (Learning) คือ กระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากภาวะชั่วคราว วุฒิภาวะ หรือสัญชาตญาณ (Klein, 1991: 2) การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร โดยเป็นผลจากการฝึกฝนเมื่อได้รับการเสริมแรง มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่ เรียกว่า ปฏิกริยาสะท้อน (Kimble and Garmezy)

ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom) ได้แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่

1. ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับล่างสุด
2. ความเข้าใจ (Comprehend)
3. การประยุกต์ (Application)
4. การวิเคราะห์ (Analysis) สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) สามารถนำส่วนต่าง ๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจากรูปเดิมเน้นโครงสร้างใหม่
6. การประเมินค่า (Evaluation) วัดได้ และตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

การจำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากพฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถทางสติปัญญา พฤติกรรมทางพุทธิพิสัยแบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่

1.1 ความรู้ความจำความสามารถในการเก็บรักษาประสบการณ์ต่าง ๆ จากการที่รับรู้ไว้และระลึกถึงสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการ

1.2 ความเข้าใจเป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อและสามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ การตีความ การคาดคะเน การขยายความหรือการกระทำอื่น ๆ

1.3 การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นที่ผู้บริโภคนำความรู้ ประสบการณ์ ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้

1.4 การวิเคราะห์ ผู้บริโภคนำความสามารถในการคิด หรือ การแยกแยะเรื่องราวสิ่งต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกันความสามารถในการวิเคราะห์จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละคน

1.5 การสังเคราะห์ คือ ความสามารถในการที่ผสมผสานส่วนย่อย ๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันได้อย่างมีระบบเพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอด ความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานชิ้นใหม่ หรือ อาจเกิดความคิดใน อันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในแบบที่เป็นรูปแบบ หรือ แนวคิดใหม่

1.6 การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีราคา หรือ สรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับ

2. จิตพิสัย (Affective Domain) หมายถึงพฤติกรรมทางด้านจิตใจ เช่น ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจและคุณธรรม พฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด ดังนั้น การส่งข่าวสารที่สอดคล้องกับสิ่งที่ดึงดูดใจตลอดเวลาโดยใช้รูปแบบการโฆษณาที่เหมาะสม จะทำให้พฤติกรรมของผู้บริโภคเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้ ด้านจิตพิสัยจะประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย ๆ 5 ระดับ ได้แก่

2.1 การรับรู้ เป็นกระบวนการที่ผู้บริโภคเลือกที่จะให้ความสนใจต่อข่าวสารใดข่าวสารหนึ่ง เลือกที่จะรับรู้และตีความหมายของข่าวสาร โดยการใช้ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลตลอดจน ความเชื่อ ทศนคติ แรงจูงใจในขณะนั้น และหลังจากเลือกตีความข่าวสารแล้วผู้บริโภคจะเลือกที่จะจดจำข่าวสารบางอย่างไว้ในความทรงจำของตน

2.2 การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอมและพอใจต่อสิ่งเร้าซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว

2.3 การเกิดค่านิยม การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้น ๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิด ทศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

2.4 การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ ถ้าเข้ากันได้กับวิถีการดำเนินชีวิตผู้บริโภคหรือเข้ากันได้กับค่านิยมเดิมก็จะมีที่ยึดถือต่อไป แต่ถ้าค่านิยมใหม่ขัดกันกับค่านิยมเดิมอาจเกิดการไม่ยอมรับ หรืออาจรับค่านิยมใหม่แล้วเลิกค่านิยมเดิมไป

2.5 บุคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว ให้ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ถูกต้องดึงดูดใจพฤติกรรมด้านนี้ จะเกี่ยวกับความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่าง ๆ จนกลายเป็นค่านิยมและยังพัฒนาต่อไปเป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็ความภูมิใจทางพฤติกรรมของผู้บริโภค โดยแต่ละคนจะรู้สึกช่วยอย่างไรนั้นก็เป็ผลของพฤติกรรมด้านนี้

3. ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) คือ พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว ชำนิชำนาญเป็นการแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย ๆ 5 ชั้น ดังนี้

3.1 ชั้นการรับรู้ เป็นการให้ผู้บริโภคได้รับรู้เกี่ยวกับข่าวสารที่น่าสนใจ

3.2 ชั้นกระทำตามแบบ หรือ ตามข่าวสารโฆษณา

3.3 ชั้นการหาความถูกต้อง พฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะเมื่อได้กระทำซ้ำแล้วก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ

3.4 ชั้นการกระทำอย่างต่อเนื่องหลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง และจะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่องจนปฏิบัติงานที่ยุ่ยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็วถูกต้องคล่องแคล่ว ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ

3.5 ชั้นการกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ สามารถปฏิบัติได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติเป็นไปอย่างธรรมชาติ

นอกจากนี้ เสรี วงษ์มณฑา (2542: 95) ได้แบ่งการเรียนรู้ว่าประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการที่ได้รับความรู้จากบุคคลอื่น มีคนอื่นมาบอกหรือสอน เช่น นักเรียนได้รับการเรียนรู้จากครู

2. ประสบการณ์ตรง (Direct experience) เกิดจากสิ่งที่เราได้สัมผัสได้พบเห็นมาโดยตรงด้วยตนเอง

3. การเชื่อมโยง (Association) เป็นการโยงความคิดกับประสบการณ์ที่เคยได้พบเห็นมาก่อนหรือสิ่งเกิดสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นหรือการบอกจากผู้อื่น

เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (Bloom, 1959)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้บริโภคเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้มากขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ก็ทำให้ผู้บริโภคเกิดความรู้สึทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

3. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิด ค่านิยม แล้วได้มีการนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญมากขึ้น (<http://pompen pen.blogspot.com/2010/11/blog-post.html> สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2555)

สรุปโดยรวม

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนข้างถาวรซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว และมีปริมาณของความรู้ที่เพิ่มขึ้นแต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์มิได้เป็นการเรียนรู้เสมอไป โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวในช่วงระยะหนึ่งซึ่งเกิดจากการมีสิ่งเร้ามากระตุ้น

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่

การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่นั้น กล่าวได้ว่าเริ่มมีการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาการมาจากแนวความคิดของเดมิง ของ ธอร์นไดค์ (Thorndike, 1982) จากการเขียนเกี่ยวกับ "การเรียนรู้ของผู้ใหญ่" ซึ่งมีได้ทำการศึกษากับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่โดยตรง แต่ศึกษาถึง ความสามารถในการเรียนรู้โดยเน้นให้เห็นว่าผู้ใหญ่นั้นสามารถเรียนรู้ ได้ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก

ความหมายการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

จากสงครามโลกครั้งที่ 2 มีนักการศึกษาผู้ใหญ่จำนวนมากได้ศึกษาค้นคว้าจนได้พยานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้นอีกว่าผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้ รวมทั้งยังได้พบว่ากระบวนการเกี่ยวกับด้านความสนใจ และความสามารถนั้นแตกต่างออกไปจากการเรียนรู้ของเด็กเป็นอันมาก นอกจากวิธีการทางวิทยาศาสตร์แล้วยังมีแนวความคิดทางด้านที่เป็นศิลป์ ในการเรียนรู้ซึ่งเป็นการค้นหาวิธีการในการรับความรู้ใหม่ ๆ และการวิเคราะห์ถึงความสำคัญของประสบการณ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับว่า "ผู้ใหญ่เรียนรู้อย่างไร" (How Adult Learn) ลินเดอร์แมน (Edward C. Linderman) โดยได้เขียนหนังสือชื่อ "ความหมายของการศึกษาผู้ใหญ่"

แนวความคิดของลินเดอร์แมนนั้นได้รับอิทธิพลค่อนข้างมากจากนักปรัชญาการศึกษา ผู้ที่มีชื่อเสียง คือ จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) โดยได้เน้นอย่างมากเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่นั้นควรเริ่มต้นจากสถานการณ์ต่าง ๆ (Situations) มากกว่าเริ่มจากเนื้อหาวิชาซึ่งวิธีการเรียนการสอนโดยทั่ว ๆ ไปมักจะเริ่มต้นจากครูและเนื้อหาวิชาเป็นอันดับแรกและมองดูผู้เรียนเป็นส่วนที่สอง

ในการเรียนแบบเดมิงนั้น ผู้เรียนจะต้องปรับตัวเองให้เข้ากับหลักสูตร แต่ว่าในการศึกษาผู้ใหญ่ นั้น หลักสูตรควรจะได้สร้างขึ้นมาจากความสนใจและความต้องการของผู้เรียนเป็นหลักสำคัญ ผู้เรียนจะพบว่าตัวเองมีสถานการณ์เฉพาะอันเกี่ยวกับหน้าที่การทำงาน งานอดิเรก หรือ สันทนาการชีวิตครอบครัว ชีวิตในชุมชน สถานการณ์ต่าง ๆ นี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้ปรับตัวและการศึกษาผู้ใหญ่ควรเริ่มจากจุดนี้ ส่วนด้านตำราและผู้สอนนั้นถือว่ามีหน้าที่และบทบาทรองลงไป

แหล่งความรู้ที่มีคุณค่าสูงสุดในการศึกษาผู้ใหญ่คือ ประสบการณ์ของผู้เรียนเองและมีข้อคิดที่สำคัญว่า "ถ้าหากการศึกษาคือชีวิตแล้ว ชีวิตก็คือการศึกษา" (If Education is Life, then Life is Education) และสรุปได้ว่า ประสบการณ์นั้นคือตำราที่มีชีวิตจิตใจสำหรับนักศึกษาผู้ใหญ่

จากแนวความคิดของลินเดอร์แมนทำให้ได้ข้อสันนิษฐานที่สำคัญ ๆ และเป็นกุญแจสำคัญ สำหรับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ รวมทั้งการวิจัยในระยะต่อ ๆ มาทำให้โนลส์ (Knowles, 1954) ได้พยายามสรุปเป็นพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. ความต้องการและความสนใจ

ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่าตรงกับความต้องการและความสนใจ ในประสบการณ์ที่ผ่านมาเขาก็จะเกิดความพึงพอใจ เพราะฉะนั้นควรจะมีการเริ่มต้นในสิ่งเหล่านี้ อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมทั้งหลายเพื่อให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้นั้นจะต้องคำนึงถึงสิ่งนี้ ด้วยเสมอ

2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดี ถ้าหากถือเอาตัวผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางในการเรียน การสอน ดังนั้นการจัดหน่วยการเรียนรู้ที่เหมาะสมเพื่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ควรจะยึดถือสถานการณ์ ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่เป็นหลักสำคัญ มิใช่ตัวเนื้อหาวิชาทั้งหลาย

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์

เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้น วิธีการหลักสำหรับการศึกษาผู้ใหญ่ ก็คือการวิเคราะห์ถึงประสบการณ์ของผู้ใหญ่แต่ละคนอย่าง ละเอียดว่ามีส่วนไหนของประสบการณ์ที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนได้บ้าง แล้วจึงหาทางนำมาใช้ ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

4. ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง

ความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของผู้ใหญ่ก็คือ การมีความรู้สึกต้องการที่จะสามารถนำ ตนเองได้ เพราะฉะนั้นบทบาทของครูจึงควรอยู่ในกระบวนการสืบหาหรือค้นหาคำตอบร่วมกับผู้เรียน มากกว่าการทำหน้าที่ส่งผ่านหรือเป็นสื่อสำหรับความรู้ แล้วทำหน้าที่ประเมินผลว่าเขาคล้อยตาม หรือไม่เพียงเท่านั้น

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล

ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละบุคคลเมื่อมีอายุ เพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้นการสอนผู้ใหญ่จะต้องจัดเตรียมการในด้านนี้เป็นอย่างดีพอ เช่น รูปแบบของ การเรียนการสอน เวลาที่ใช้ทำการสอน สถานที่สอน

หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ 10 ประการ

สวัดน์ วัฒนวงศ์ (2547) ได้เสนอแนวทางและหลักการในการสอนผู้ใหญ่ไว้ดังนี้

1. ควรพิจารณาและให้ความสำคัญกับแรงจูงใจในการเรียน (Motivation to Learn) นั่นคือ บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีถ้าหากมีความต้องการในการเรียนสิ่งนั้น ๆ

2. สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ (Learning Environment) ต้องมีความสะดวก สบาย เหมาะสม ตลอดจนได้รับความไว้วางใจและการให้เกียรติผู้เรียน (Trust and Respect)
3. ควรคำนึงถึง ความต้องการในการเรียน ของแต่ละบุคคล และรูปแบบของการเรียนรู้ (Learning Styles) ที่มีความหลากหลาย
4. ต้องคำนึงถึง ความรู้เดิมและประสบการณ์ (Experience) อันมีคุณค่า
5. ควรพิจารณาถึงการดูแลและให้ความสำคัญกับ เนื้อหาและกิจกรรม ในการเรียนรู้ (Learning Content and Activities)
6. ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ ปัญหาที่สอดคล้องกับความจริง (Realistic Problem) และ นำการเรียนรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา
7. ต้องให้การเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมทั้งทางด้าน สติปัญญา และทางด้านร่างกาย ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
8. ควรให้มี เวลาอย่างเพียงพอ ในการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ ๆ การฝึกทักษะใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
9. ให้โอกาสในการฝึกภาคปฏิบัติจนเกิดผลดี หรือการนำความรู้ไปประยุกต์ได้
10. ให้ผู้เรียนได้แสดง ศักยภาพ หรือสมรรถภาพในการเรียนรู้ จนกระทั่งเขาได้เห็นถึงความก้าวหน้าว่า สามารถบรรลุเป้าหมายได้

เทคนิคการสอนผู้ใหญ่

ในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ โนลส์ (Knowles, 1954) ได้เขียนไว้ในหนังสือชื่อ "Infotmal Adult Education" ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดี มี 12 ประการ ดังนี้

1. มีความเข้าใจและเห็นด้วยกับจุดมุ่งหมายของวิชาที่เรียน นั่นคือถ้าต้องการให้ผู้ใหญ่ เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว เขาควรจะได้ทราบถึงจุดมุ่งหมายทั่วไปของวิชานั้น โดยที่เขาต้อง มองเห็นภาพโดยส่วนรวมได้อย่างชัดเจน และทิศทางที่จะดำเนินไปในการเรียนรู้ ดังนั้น จึงมีความสำคัญ ในการอธิบายถึงรายละเอียดของวิชา เป้าหมายที่แจ่มชัดให้ผู้เรียนได้รับทราบในการพบบันครั้งแรก นอกจากนั้น ถ้าหากว่าผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้อยู่แล้ว เขาก็จะมีส่วนในการตั้งเป้าหมาย เฉพาะของการเรียนวิชานั้น ๆ ผู้เรียนย่อมจะเกิดความมั่นใจว่าการสอนเป็นไปในทิศทางที่เขาต้องการ ทราบ การอภิปรายปัญหาทั้งหลายในตอนต้นวิชาจะช่วยให้แลเห็นเป้าหมายเฉพาะเจาะจง และมีความหมายต่อผู้เรียนมากยิ่งขึ้นด้วย
2. มีความต้องการที่จะเรียนรู้ นักการศึกษาผู้ใหญ่มักจะคาดคะเนว่า ผู้เรียนส่วนมากมา เข้าเรียนด้วยความต้องการที่จะเรียน เนื่องจากว่าโดยทั่ว ๆ ไปแล้วเขามักจะเข้ามาด้วยความสมัครใจ อย่างไรก็ตาม ในบางครั้งครูที่สอนผู้ใหญ่ก็อาจจะต้องเผชิญกับการให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิด

ความต้องการเรียนด้วย ความต้องการนี้ต้องเกิดจากความรู้สึกว่า ตัวเองมีความสามารถที่จะบรรลุความสำเร็จได้ โดยการได้รับความสนใจและเข้าใจจากครูผู้สอน

3. บรรยากาศในการเรียนการสอนและสถานการณ์ของการเรียนรู้ควรเป็นกันเอง เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มเป็นแหล่งของการเรียนรู้ที่มีความสำคัญยิ่ง ผู้สอนควรมีความรับผิดชอบในการสร้างบรรยากาศ และอำนวยความสะดวกสำหรับอภิปรายในกลุ่ม ทักษะคติการยอมรับ และความเคารพยกย่อง จะเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญของครูผู้สอนในการสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง นอกจากนี้แล้วครูผู้สอนสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดความคุ้นเคยกันได้ โดยการให้ผู้เรียนแนะนำตัวกันเอง และให้อธิบายรายละเอียดย่อ ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์และความสนใจ ถ้าหากผู้สอนแสดงบทบาทของตัวเองในฐานะผู้เรียนมากกว่าความเป็นผู้สอนแล้ว เขาย่อมจะได้รับความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

4. สภาพการณ์ทางกายภาพทั่ว ๆ ไป ควรเป็นที่พึงพอใจสำหรับผู้เรียนได้แก่การจัดโต๊ะเก้าอี้ และเครื่องมือเครื่องใช้ ควรจะได้รับการพิจารณาเพื่อให้ผู้เรียนได้รับความสุขสบายตามที่ ผู้เรียนต้องการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ตัวอย่างเช่น ถ้าต้องการให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันโดยเสรีแล้ว ผู้เรียนควรหันหน้าเข้าหากันเพื่อจะได้อภิปรายอย่างเต็มที่

5. ผู้เรียนควรจะได้มีส่วนร่วมในการเรียน และความรับผิดชอบต่อกระบวนการเรียนรู้ เพราะว่าวิธีการที่ดีที่สุดในการเรียนรู้คือการกระทำ ถ้าหากผู้เรียนได้กระทำบางอย่างหรือพูดแสดงความคิดเห็นบางอย่าง ก็ย่อมจะดีกว่าการที่เพียงแต่นั่งเฝ้ามองดูคนอื่น ๆ หรือนั่งฟังคนอื่นพูดเฉย ๆ เท่านั้น โดยทั่วไปนั้นผู้เรียนที่กระตือรือร้นและมีชีวิตชีวาจะเรียนรู้ได้มากกว่าผู้เรียนจะเรียนได้มากขึ้น ถ้าหากเขาารู้สึกว่าตัวเองต้องมีความรับผิดชอบต่อกระบวนการภายในกลุ่มด้วยเหตุนี้ ผู้สอนที่ฉลาดควรจะใช้วิธีการหลาย ๆ ด้านเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มที่สามารถจัดดำเนินการได้ด้วยตัวเอง จะได้รับประสบการณ์ในการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มที่ต้องอาศัยครูผู้สอน

6. การเรียนรู้ควรจะมีสัมพันธ์เกี่ยวข้อง และใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนให้เป็นประโยชน์ในการเสนอแนวความคิดและความรู้นั้น ถ้าหากมีความหมายต่อผู้เรียนแล้ว ผู้สอนควรจะได้ปรับให้เข้ากับประสบการณ์ของผู้เรียนทั้งหลายด้วย ผู้ใหญ่โดยทั่ว ๆ ไปนั้น เรียนโดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิม หรือด้วยการโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ยังไม่รู้ไปหาสิ่งที่รู้แล้ว นอกจากนี้ ประสบการณ์ของผู้เรียนที่เสนอต่อชั้นเรียน นับว่าเป็นแหล่งของความรู้ที่มีคุณค่ามาก สมาชิกของชั้นเรียนผู้ใหญ่ผู้นั้นมักจะมีประสบการณ์ที่มีคุณค่าแตกต่างกันออกไป ที่จะทำให้ทุก ๆ คนได้รับประโยชน์ร่วมกันด้วย

7. ครูผู้สอนควรจะมีเนื้อหาวิชาที่ตนสอนเป็นอย่างดี ถ้าหากครูจะช่วยแนะนำแนวการเรียนการสอนให้ได้ผลดี เขาจะต้องมีความรู้ในวิชาที่สอนอย่างเชี่ยวชาญ ต้องรู้ถึงเอกสารและตำราทางวิชาการในสาขานั้นอย่างดี เพื่อจะได้ช่วยแนะนำแหล่งความรู้ให้แก่ผู้เรียนที่จะได้ค้นคว้าต่อไป รวมทั้งจะได้จัดการเรียนการสอนให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสมด้วย

8. ผู้สอนควรมีความกระตือรือร้นเกี่ยวกับวิชาที่สอน และการสอนวิชานั้น ๆ ด้วยโดยที่ความกระตือรือร้นนั้นสามารถถ่ายทอดไปยังผู้เรียนได้อีกด้วย ครูที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ตัวเองมีความกระตือรือร้นและพึงพอใจในการสอน จะส่งผลทำให้นักเรียนเป็นผู้กระตือรือร้นและเอาใจใส่ในการเรียนด้วย ความกระตือรือร้นนั้นนับว่าเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ดีที่สุดสำหรับการเรียนรู้

9. ผู้เรียนควรได้เรียนรู้ไปตามระดับความสามารถของตนเนื่องจากในชั้นเรียนของผู้ใหญ่นั้น มีความแตกต่างในด้านของประสบการณ์ศึกษาความถนัดทางด้านการเรียน ความสนใจและความสามารถอย่างมากมาย ดังนั้นการจัดการเรียนการสอน จึงควรจะได้คิดถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในแง่ต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว สำหรับผู้เรียนที่เรียนได้เร็วก็อาจจะกระตุ้นให้เรียนด้วยความก้าวหน้า เช่น ให้เรียนโดยโครงการเฉพาะตัว ส่วนผู้ที่เรียนช้าก็ควรได้รับความมั่นใจว่า การเรียนของผู้ใหญ่ไม่ใช่การเรียนเพื่อแข่งขันกันกับคนอื่น ๆ แต่ว่าเป็นการพัฒนาเพื่อความก้าวหน้าของตัวเอง

10. วิธีการสอนที่ใช้กับผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ควรแตกต่างและแปรผันกันไป ในแต่ละโอกาสหรือสถานการณ์ของการสอน ครูสามารถเลือกใช้วิธีการสอนได้หลายรูปแบบตามความเหมาะสม ตัวอย่างเช่น การสอนถึงปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย หรือบ้านพักในชุมชนใดชุมชนหนึ่ง ครูผู้สอนอาจจะใช้วิธีการบรรยายเกี่ยวกับเรื่องราวเหล่านั้น ประกอบกับการฉายภาพยนตร์ การอภิปรายปัญหาต่าง ๆ จากสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งการจัดทัศนศึกษาประกอบ ครูที่ดีและมีความชำนาญการสอนจะสามารถเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามสถานการณ์และความต้องการของ ผู้เรียน เพราะว่าการทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และกระตุ้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมตลอดเวลา และเป็นไปตามความแตกต่างของบุคคลด้วย

11. ครูผู้สอนควรมีความรู้สึกทางด้านการเจริญงอกงาม นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อทัศนคติของครู ที่เขาควรยอมรับว่าประสบการณ์ในด้านการสอนนั้นช่วยทำให้เขามีโอกาสในการพัฒนาตัวเอง ถ้าหากครูคิดว่าตัวเขาเป็นเสมือนผู้เรียนคนหนึ่งด้วยแล้ว ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อ ผู้เรียนจะเป็นการกระตุ้นได้มากกว่า การที่เขามีความคิดว่าตัวเองมีความรู้ดีที่สุดในอกจากนั้นแล้วทัศนคติของครูยังเป็นพลังที่เข้มแข็งในการชี้ถึงบรรยากาศของกลุ่ม และทัศนคติของผู้เรียนด้วย

12. ครูผู้สอนควรมีแผนงานที่ยืดหยุ่นได้ เกี่ยวกับการสอนซึ่งจะช่วยให้ทั้งครูและผู้เรียนได้มีแนวความคิดที่เด่นชัดว่าเขากำลังทำอะไรอยู่ และจะทำอะไรต่อไป ถ้าหากสามารถเปลี่ยนแปลงการสอนได้ โดยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ตกลงร่วมกัน ซึ่งไม่ควรกำหนดจะไม่ตายตัว และแผนการสอนนั้น ๆ อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ นั้นแตกต่างจากเด็กเนื่องจากผู้ใหญ่จะมีลักษณะที่แตกต่างจากเด็ก เช่น ความต้องการและความสนใจ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่ การวิเคราะห์จากประสบการณ์ การที่ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง ตลอดจนความแตกต่างระหว่างบุคคลสาระสำคัญจากทฤษฎีนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้สอนควรมีความเข้าใจ

และจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับลักษณะความต้องการของผู้เรียนและประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและสร้างบรรยากาศทางการเรียนที่เคารพให้เกียรติซึ่งกันละกัน เป็นต้น เพื่อให้ผู้เรียนสามารถดำเนินการเรียนรู้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

วิธีการสอนผู้ใหญ่

Jarvis (1995) อาจารย์สอนวิชาการศึกษผู้ใหญ่แห่งประเทศไทย ได้จำแนกวิธีการสอนผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ประเภท

1. วิธีการสอนโดยใช้ผู้สอนเป็นศูนย์กลาง (Teacher-Centered Methods)

เป็นวิธีการที่มีผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้นำและผู้ดำเนินการ จัดเป็นวิธีการสอนที่จะพยายามให้ความรู้ ข้อมูล และข้อเท็จจริงแก่ผู้เรียนเป็นสำคัญ วิธีการสอนที่นำมาใช้ในกรสอนผู้ใหญ่อยู่บ่อย ๆ มี 5 วิธี คือ วิธีการสาธิต การอภิปรายด้วยการชี้แนะ การอภิปรายด้วยการควบคุม การอภิปรายโดยการบรรยายนำ และวิธีการบรรยาย

2. วิธีการสอนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแบบกลุ่ม (Student-Centered Group Methods)

เป็นวิธีการสอนที่มีลักษณะที่ผู้เรียนสามารถจะเรียนรู้ร่วมกันในระหว่างพวกเขาตัวเอง เป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ก็จะเป็นการนำเอาความรู้จากประสบการณ์ของผู้เรียนมาสู่สถานการณ์การเรียนการสอนด้วยเพื่อน (Peer Teaching) แต่ก็มีบางคนกล่าวแย้งว่าวิธีการสอนแบบนี้มีลักษณะคล้ายกับ “คนตาบอดจูงนำทางคนตาบอดด้วยกัน” อย่างไรก็ตาม ความจริงแล้วก็มีหลายสิ่งหลายอย่างที่ผู้เรียนเองสามารถจะเป็นแหล่งความรู้ได้อย่างดี ซึ่งในกรณีนี้ ผู้สอนจะทำหน้าที่เป็น “ผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (Facilitator)” สำหรับวิธีการสอนที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ การระดมพลังสมอง การปรึกษาหารือในกลุ่ม การโต้วาที การอภิปรายกลุ่ม การอภิปรายเป็นคณะ บทบาทสมมติ เป็นต้น

3. วิธีการสอนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางรายบุคคล (Individual Student-Centered Methods)

เป็นวิธีการที่มีทั้งส่วนคล้ายและส่วนที่แตกต่างจากแบบที่ 2 ทั้งนี้เป็นวิธีการสอนที่เน้นเฉพาะผู้เรียนแต่ละบุคคลเท่านั้น เพื่อผู้เรียนจะสามารถนำไปใช้ให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง โดยมีลักษณะที่หลากหลายในวิธีการเขียน จากการเลือกเรียนด้วยตนเอง (Self-selected Learning) หรือการให้ผู้สอนกำหนดกิจกรรมได้ (Tour-set Project) ทั้งนี้จะได้กล่าวถึงวิธีการดังต่อไปนี้ คือการกำหนดงานให้ปฏิบัติ คอมพิวเตอร์ช่วยการเรียนรู้ และการสอนทางไกล

กล่าวโดยสรุปหลักสำคัญในการจัดการเรียนการสอนผู้ใหญ่เน้นให้ยึดหลักผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การจัดการเรียนการสอนต้องสอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้ คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ดึงประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวผู้เรียนแต่ละคน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ จัดสภาพแวดล้อมในการเรียนที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้ควรมีความยืดหยุ่นทั้งด้านเนื้อหาหลักสูตร รูปแบบการเรียน การวัดและประเมินผลแต่สิ่งที่สำคัญ คือ ผู้ใหญ่จะต้องเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง

การเรียนรู้ตลอดชีวิต

บุคคลในทุกช่วงวัย มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาตนเองตอบสนองความอยากรู้ อยากรู้อเห็นและความต้องการจำเป็นในการทำกิจกรรมบางอย่าง รวมทั้งเพื่อแลกเปลี่ยนความสนใจกับบุคคลอื่น ซึ่งการศึกษารับรู้สำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลสำคัญมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ และด้านสังคมที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตที่เป็นการเรียนรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีความต่อเนื่องในทุกช่วงของชีวิต ครอบคลุมการเรียนรู้ทั้งในระบบนอกระบบและตามอัธยาศัย จากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีความตั้งใจและความรับผิดชอบที่จะเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเพื่อมุ่งไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่บุคคลได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นสำคัญ ซึ่งการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กิจกรรมการเรียนรู้นอกระบบและกิจกรรมการเรียนรู้ตามอัธยาศัยการเรียนรู้นอกระบบเป็นการเรียนรู้ที่ตอบสนองความต้องการและความสนใจของผู้เรียนเป็นสำคัญการจัดการเรียนรู้เป็นผลมาจากการวางแผนการจัดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน โดยมีรูปแบบวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย และสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา

การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action Learning)

ความหมายของการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

Mumford (1991) ได้ให้ความหมายการเรียนรู้จากการปฏิบัติว่า เป็นกระบวนการคู่ขนาน ผู้ที่มีส่วนร่วมต้องรับมือในการทำงานในสถานการณ์จริง ปัญหา ภาระงาน และการเรียนรู้ที่พิเศษเป็นเป้าหมายหลัก

Gordon (1993) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้จากการปฏิบัติว่า หมายถึง กระบวนการที่นำคนที่มีความทักษะและประสบการณ์ระดับต่างกันมารวมกลุ่มกันวิเคราะห์ปัญหาในการทำงานแล้ววางแผนในการแก้ปัญหา โดยการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่ตามแผนที่วางไว้และระหว่างการดำเนินการแก้ปัญหา กลุ่มผู้เรียนจะมีการพบปะกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ปัญหา

McGill and Beaty (1995) ได้อธิบายการเรียนรู้จากการปฏิบัติว่า เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ของการเรียนรู้และการสะท้อนความคิดที่ดำเนินการโดยผู้ร่วมกระบวนการที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ด้วยการได้รับสิ่งที่ทำ (getting thing done) ตลอดช่วงการเรียนรู้แบบ ปฏิบัติการบุคคลแต่ละคนจะได้เรียนรู้จากคนอื่น ๆ โดยการทำงานกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและสะท้อน ประสบการณ์ของตนด้วยตนเอง เพื่อที่จะทำให้กระบวนการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์

สรุปได้ว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติ หมายถึง การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่แต่ละบุคคล เรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์ปัญหาผ่านกระบวนการของการเรียนรู้และการสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง เป็นรายบุคคลผ่านกลุ่มการเรียนรู้ที่มีในประเด็นที่สนใจศึกษาร่วมกันโดยการทำงานบนปัญหาจริง และสะท้อนกลับบนประสบการณ์ของตนเอง เสนอแนวทางการแก้ปัญหา และนำแนวทางการ แก้ปัญหาที่ผ่านการพิจารณาแล้วไปปฏิบัติ

หลักการและขั้นตอนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

Revans (1982) เป็นผู้การนำการเรียนรู้จากการปฏิบัติมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน ได้กล่าวถึงการเรียนรู้จากการปฏิบัติว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการ พัฒนาการ จัดการ และการพัฒนาองค์กร สำหรับแนวคิดขั้นพื้นฐานของการเรียนรู้จากการปฏิบัติ นั้น Revan ได้ เสนอ หลักการของการเรียนรู้ไว้ดังนี้

$$L = p + Q$$

(Learning) (Programmed) + (Questioning)

เมื่อ P = ความรู้ คำสอน และคำชี้แนะแบบดั้งเดิมที่กำหนดเป็นแนวทาง

Q = มุมมองที่ได้จากการซักถาม การคิดใคร่ครวญ

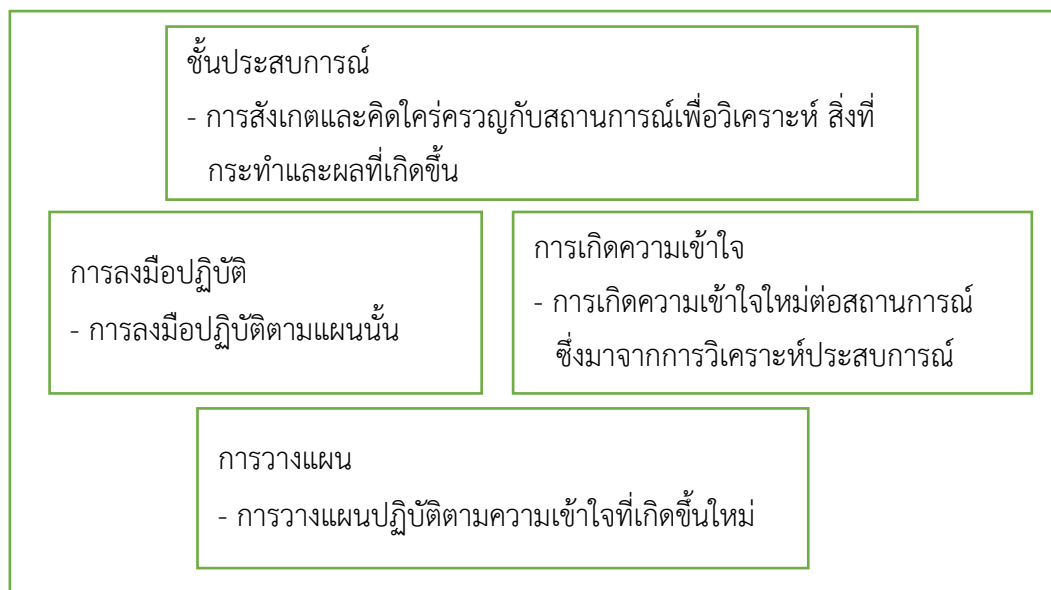
ต่อมา Marquardt (1999) ได้นำเสนอหลักการเพิ่มเติมให้ชัดเจน เป็นระบบ และมีความ ต่อเนื่องมากขึ้นดังนี้

$$L = P+Q+R+I+R$$

เมื่อ R = Reflection การคิดใคร่ครวญ

I = Implementation การดำเนินการแก้ไข การทดลองเพื่อเรียนรู้

Pedler (1986, cited in McGill & Beaty, 1995) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติ คือ กระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประสบการณ์โดยการสังเกตและคิด ใคร่ครวญเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่กระทำและผลที่เกิดขึ้น 2) ขั้นการเกิดความ เข้าใจใหม่ในสถานการณ์นั้นซึ่งมาจากกาวิเคราะห์ประสบการณ์ 3) ขั้นวางแผนปฏิบัติการตาม ความเข้าใจที่เกิดขึ้นใหม่ และ4) ขั้นลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติตามแนวคิดของ Pedler

องค์ประกอบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

Marquardt (1999) อธิบายถึงองค์ประกอบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ การเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือที่ใช้แก้ปัญหาในการสร้างความเป็นผู้นำการสร้างทีม และแก้ปัญหองค์กรไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะต้องมีกลุ่มบุคคลเข้ามาแก้ปัญหา และดำเนินการแก้ปัญหา ในเวลาและสถานการณ์จริง ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. งาน ปัญหา หรือโครงการที่จำเป็นและเร่งด่วน
2. กลุ่มสมาชิกที่มีความหลากหลายจำนวน 4-8 คน
3. กระบวนการตั้งคำถามและสะท้อนความคิด
4. การตกลงร่วมกันในการกระทำร่วมกัน
5. ข้อตกลงร่วมของกลุ่มในการเรียนรู้
6. ผู้อำนวยการความสะดวกในการเรียนรู้

สรุปได้ว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้มีการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ร่วมเรียนรู้ ได้คิดใคร่ครวญถึงเรื่องที่กำลังเรียนรู้ และมีการปฏิบัติควบคู่กันไปในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ โดยมีนัยสำคัญที่แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นที่รวดเร็วและคุณภาพของการเรียนรู้ทั้งรายบุคคล กลุ่ม และองค์กรในช่วงระยะเวลาที่สั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่ากระบวนการการเรียนรู้จากการปฏิบัติของ Marquardt (1999) นั้น มีความเหมาะสมเนื่องจากมีขั้นตอนกระบวนการชัดเจน และมีองค์ประกอบ ของการเรียนรู้จากการปฏิบัติที่สารนำไปสู่ความสำเร็จได้

ความหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิต

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2554) กล่าวว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นรูปแบบการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนามนุษย์ได้อย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงวัย และให้สามารถปรับตัวได้กับความก้าวหน้าตามโลกาภิวัตน์

เกียรติวรรณ อมาตยกุล (2555) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิตว่าหมายถึง การศึกษาที่มีการผสมผสานระหว่างรูปแบบการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง

สำหรับในต่างประเทศ ได้มีนักจัดการศึกษาได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิตไว้ซึ่งสอดคล้องกับของประเทศไทย กล่าวคือ

Cropley and Dave (1978) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ตลอดชีวิตไว้ว่าเป็นรูปแบบการศึกษาที่ผนวกรวมเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติแนวตั้งเป็นมุมมองด้านบุคคลที่ควรได้รับการศึกษาตลอดทั้งช่วงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาจากในระบบโรงเรียนหรือการศึกษานอกระบบโรงเรียน และมิติแนวนอนเป็นการมองความเชื่อมโยงระหว่างการศึกษากับการดำเนินชีวิตว่าเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งในระบบ นอกระบบ และอัธยาศัย

Smith and Squirling (1999) กล่าวว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นการเรียนรู้ที่เกิดตลอดช่วงอายุของคน และเป็นชนิดการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในห้องเรียน การศึกษานอกโรงเรียน และการนำตนเอง

European Society of Association Executives (2007) อธิบายนิยามของการเรียนรู้ตลอดชีวิตว่าเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ทุกรูปแบบที่ดำเนินไปท่ามกลางการดำรงชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถในตัวบุคคลและสังคม

Geeta and Narendra (2010) กล่าวว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นการเรียนรู้ที่ได้จำกัดเพียงช่วงวัยเด็กหรือเฉพาะในชั้นเรียนเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตทุกสถานการณ์ โดยไม่สามารถแบ่งออกเป็นสถานที่ เวลา ที่จะรับรู้และการประยุกต์ใช้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิต หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เกิดจนตายหรือตลอดช่วงอายุของคน โดยอาศัยการผสมผสานระหว่างการเรียนรู้ในระบบโรงเรียน นอกระบบโรงเรียน และการเรียนรู้ตามอัธยาศัย เพื่อเป็นการพัฒนามนุษย์ในด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในตัวบุคคลให้มีศักยภาพ มีทัศนคติที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต

ความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต

นักวิชาการและนักจัดการศึกษา ได้กล่าวถึงความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ดังนี้
 สุมาลี สังข์ศรี (2545) ได้กล่าวถึงความจำเป็นและความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิตไว้
 ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสังคมปัจจุบัน ทำให้ประชาชนไทยทุกคน
 จำเป็นจะต้องได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสารอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์
2. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาคแรงงาน จำเป็นอย่างยิ่ง
 ที่ประชาชนที่ประกอบอาชีพต้องพัฒนาความรู้ รวมถึงทักษะในการทำงานอยู่อย่างสม่ำเสมอ
 เพื่อให้สามารถพัฒนาอาชีพและมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนการประกอบอาชีพได้อย่างมีความ
 ยืดหยุ่นตามสถานการณ์
3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรมทำให้สังคมไทยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง
 ซึ่งต้องมีความพึ่งพาตนเองมากขึ้นทั้งนี้เพื่อให้รอดพ้นจากการถูกเอร็ดเอาเปรียบ
4. การเปลี่ยนแปลงการเมืองการปกครอง โดยเฉพาะการที่ประเทศไทยปกครองด้วยระบอบ
 ประชาธิปไตย มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องกระจายการศึกษาให้ทั่วถึง เท่าเทียม และเสมอภาค
 รวมถึงการผลักดันให้ประชาชนเขามามีส่วนร่วม บริหารและพัฒนาชุมชนในสังคมของตนเอง
5. ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้การติดต่อสื่อสารเป็นไปอย่างไร้พรมแดน
 มีความจำเป็นที่ประชาชนต้องรับรู้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และเรียนรู้ให้เท่าทันเพื่อที่จะสามารถ
 สื่อสารกับประชาคมโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร ซึ่งการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้หน่วยงาน
 ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ หันมาให้ความสนใจกับการจัดการศึกษาให้กับประชากรกลุ่มนี้เพื่อการพัฒนาอาชีพ
 ความเป็นอยู่ รวมถึงคุณภาพชีวิตให้มีความเหมาะสม
7. การศึกษาแบบเดิมมีข้อจำกัด ทำให้ประชาชนหลายกลุ่มขาดโอกาสการเรียนรู้จำเป็น
 อย่างยิ่งที่จะต้องปรับระบบการศึกษาให้เอื้อต่อการขาดโอกาสของกลุ่มต่าง ๆ ให้สามารถเรียนรู้ตลอด
 ชีวิตเพื่อการปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความมั่นคง

Hasan (1996) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิตดังต่อไปนี้

1. การเรียนรู้ตลอดชีวิตมีความสำคัญต่อการยกระดับความรู้ทั้งในระดับประเทศ และ
 ระดับนานาชาติ ให้เป็นไปตามความเจริญก้าวหน้าของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าสู่การเป็น
 สังคมแห่งการเรียนรู้
2. การเรียนรู้ตลอดชีวิต ช่วยสร้างความเท่าเทียมกันของบุคคลในการเข้าถึงการเรียนรู้
 โดยการเรียนรู้ตลอดชีวิตจะเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่พลาดโอกาสในการเรียน เรียนสามารถกลับเข้าสู่
 กระบวนการเรียนรู้ได้ โดยอายุไม่ใช่อุปสรรคของการเรียน

3. การเรียนรู้ตลอดชีวิตสามารถพัฒนาทักษะ ความรู้ ใ้มนุษย์สามารถเผชิญหน้าและรับมือต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

4. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้การเรียนรู้ของบุคคลไม่ได้ถูกจำกัดอยู่เพียงช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ซึ่งส่งผลให้ต้องรับภาระหนักเพียงช่วงวัยใดช่วงวัยหนึ่ง แต่การเรียนรู้ตลอดชีวิตจะช่วยผสมผสานการเรียนรู้ทั้งในระบบและนอกระบบเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของมนุษย์ให้เป็นอย่างต่อเนื่อง

Nordstrom (2011) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ในการเรียนรู้ตลอดชีวิตดังนี้

1. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์แบบ
2. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้เกิดมิตรภาพอันนำไปสู่การสร้างสัมพันธ์ระหว่างกันที่มีคุณค่า
3. การเรียนรู้ตลอดชีวิตช่วยผลักดันให้บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสังคม
4. การเรียนรู้ตลอดชีวิต ทำให้เราสามารถค้นพบความหมายของชีวิตที่มีคุณค่า
5. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้รู้จักการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
6. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้โลกนี้น่าอยู่มากขึ้น
7. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้บุคคลมีสติปัญญาที่สูงขึ้น
8. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้เกิดความใฝ่หาความรู้เพิ่มมากขึ้น
9. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนรับฟังความเห็นจากผู้อื่นมากขึ้น
10. การเรียนรู้ตลอดชีวิตช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคลได้อย่างเป็นธรรมชาติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความสำคัญต่อการพัฒนาความเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ ทั้งการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดำเนินชีวิต เพราะท่ามกลางกระแสของความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เทคโนโลยี การเรียนรู้ตลอดชีวิตล้วนทำให้บุคคลได้มีโอกาสพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ รวมถึงส่งเสริมให้บุคคลรู้จักคัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง รวมถึงสร้างโอกาสในการเรียนรู้ผ่านชุมชนหรือสังคมของตนเองเพื่อเพิ่มพูนความสามารถทั้งด้านทักษะการใช้ชีวิต ทักษะการทำงาน ส่งเสริมด้านการมีส่วนร่วม และลดช่องว่าง สร้างความเท่าเทียมให้การเรียนรู้เกิดขึ้นในบุคคลทุกระดับตลอดทั้งช่วงชีวิต

การศึกษาตามอัธยาศัยและการเรียนรู้ตามอัธยาศัย

การศึกษาและการเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนให้มีความพร้อมสำหรับการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตในอนาคต ซึ่งต้องมีใช้อยู่ตลอดเวลาเฉพาะการศึกษาที่อยู่ภายใต้ขอบเขตของการมีหลักสูตรที่ตายตัว หรือเพียงศึกษาเพื่อการได้รับปริญญาบัตรเท่านั้น แต่เมื่อครั้งบุคคลจบออกจากการศึกษาในระบบแล้ว พวกเขาจะต้องรู้จักพัฒนาตนเองอยู่อย่างตลอดเวลา

ด้วยการใช้รูปแบบการศึกษาที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว วิธีการดำเนินชีวิตซึ่งได้รับการหล่อหลอมจากประสบการณ์ใกล้ตัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่มีหลักสูตรเนื้อหาตายตัว ไม่มีรูปแบบที่ชี้เฉพาะ แต่จะเกิดขึ้นตามความสนใจ และบุคคลมักเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก โดยเราเลือกการศึกษาและการเรียนรู้ประเภทนั้นว่า การศึกษาตามอัธยาศัย และการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของการศึกษาตามอัธยาศัย

นักวิชาการและผู้รู้ได้ให้นิยามความหมายของการศึกษาตามอัธยาศัยและการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2553) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ฉบับ พ.ศ.2542 ระบุว่า การศึกษาตามอัธยาศัย หมายถึง การศึกษาที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเป็นผู้เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ขึ้นอยู่กับความสนใจ ความพร้อมศักยภาพและโอกาส ซึ่งศึกษาได้จากด้วยบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม หรือแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ

สำนักงานบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน (2547) กล่าวว่า การศึกษาตามอัธยาศัย คือการจัดสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ ให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ได้อย่างไม่เป็นทางการ ในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งที่โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ซึ่งไม่มีหลักสูตรที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน

การเรียนรู้ตามอัธยาศัย

พระราชบัญญัติส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย พ.ศ.2551 ให้ความหมายของการศึกษาตามอัธยาศัยไว้ว่า เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ในวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งสามารถที่จะเลือกเรียนรู้ตามความสนใจ ตามความต้องการ โดยเป็นไปตามโอกาส ความพร้อม และศักยภาพภาพของบุคคลตลอดทั้งช่วงชีวิต

กระทรวงศึกษาธิการ (2553) กล่าวว่า การเรียนรู้ตามอัธยาศัยเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตอันเกิดจากการผสมผสานระหว่างการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ในวิถีชีวิตตามธรรมชาติของบุคคล ซึ่งต้องอาศัยแรงจูงใจภายในของบุคคลทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว จัดเป็นกรเรียนรู้สั่งสมจนเป็นประสบการณ์ ไม่มีรูปแบบหรือกระบวนการที่แน่นอน และเป็นการศึกษาในหลากหลายมิติ

Garrick (2012) ได้กล่าวถึงการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ว่าเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นผ่านการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ไม่สาจะเป็นการเรียนรู้จากสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงเรียนรู้จากบริบททางประวัติศาสตร์

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การศึกษาตามอัธยาศัย เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานระหว่างการจัดการศึกษาให้เข้ากับวิถีของชุมชนโดยให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตหรือการสร้างสรรค์กิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของบุคคลในชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ ทั้งนี้เป็นการสร้างโอกาส ดึงดูดและสนับสนุนให้บุคคลในแต่ละชุมชนหรือสังคมนั้น ได้เข้ามาศึกษาเรียนรู้ตามความสนใจของตนเองอย่างอิสระตามความพอใจ หรือที่เรียกว่าเป็นการเรียนรู้ตามอัธยาศัยที่บุคคลที่เรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก เพื่อต่อยอดประสบการณ์การเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้ ทักษะอันจะสามารถพัฒนาตนสู่การเป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในขณะที่การการเรียนรู้ตามอัธยาศัยเป็นเรื่องของกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลที่เกิดจากแรงจูงใจภายในตัวบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยคือรูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ตามอัธยาศัยนั่นเอง

การเรียนรู้ตามอัธยาศัยเป็นการศึกษาในมิติด้านการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ 2 องค์ประกอบสำคัญ ที่ประกอบด้วย ประเภทของการเรียนรู้ตามอัธยาศัย และการตีความของบุคคล โดยการเรียนรู้ตามอัธยาศัยจัดเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายมากขึ้นนอกเหนือจากการเรียนรู้เพียงในห้องเรียน ซึ่งทำให้ออกาสการเรียนรู้เกิดขึ้นได้มากกว่าภายในสถาบันการศึกษา หากแต่เกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่ ทุกสถานการณ์ผ่านสื่อหรือองค์ประกอบแวดล้อม ซึ่ง Schugurensky (2000) ได้ทำการจำแนกประเภทของการเรียนรู้ตามอัธยาศัยไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่

- การเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน หรือ Tacit Learning เป็นการเรียนรู้คุณค่า ทักษะ พฤติกรรม ค่านิยม วัฒนธรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประจำในวิถีชีวิต ซึ่งบางครั้งบุคคลอาจไม่ตระหนักด้วยซ้ำว่าสิ่งที่กำลังกระทำอยู่คือการเรียนรู้ ทั้งนี้ โดยปกติการเรียนรู้ในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของจิตใต้สำนึก แต่สามารถที่จะเริ่มทำการตระหนักรู้ได้โดยผ่านกระบวนการระลึกย้อนหลังหรือที่เรียกว่า Retrospective recognition ได้

- การเรียนรู้โดยบังเอิญ หรือ Incidental Learning หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเกิดขึ้นโดยที่บุคคลนั้นไม่ได้มีความตั้งใจมาก่อนว่าจะเรียนรู้ ตาครั้นได้รับประสบการณ์นั้นแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักบางอย่างขึ้น อาจสนใจที่จะเรียนรู้หรือไม่ก็ได้

- การเรียนรู้ด้วยกานำตนเอง หรือ Self-directed Learning เป็นการเรียนรู้ที่บุคคลเป็นผู้กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ แผนการเรียนรู้ วิธีดำเนินการเรียนรู้ ประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากใครเป็นพิเศษ แต่สามารถมีผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้เป็นผู้ช่วยในการสนับสนุน โดยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองนี้จัดเป็นเรื่องของความตั้งใจส่วนบุคคล เกิดขึ้นเพราะต้องการตอบสนองเป้าหมายบางอย่างของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนกระบวนการเรียนรู้ เป็นเรื่องของจิตสำนึกซึ่งบุคคลจะรับรู้ด้วยตนเองว่าเขาต้องการเรียนรู้ในบางสิ่งบางอย่างเพื่อจุดประสงค์บางสิ่งบางอย่าง

ทั้งนี้จากแนวคิดของ Schugurensky (2000) ทำให้สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ของการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยและการเรียนรู้ตามอัธยาศัยในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

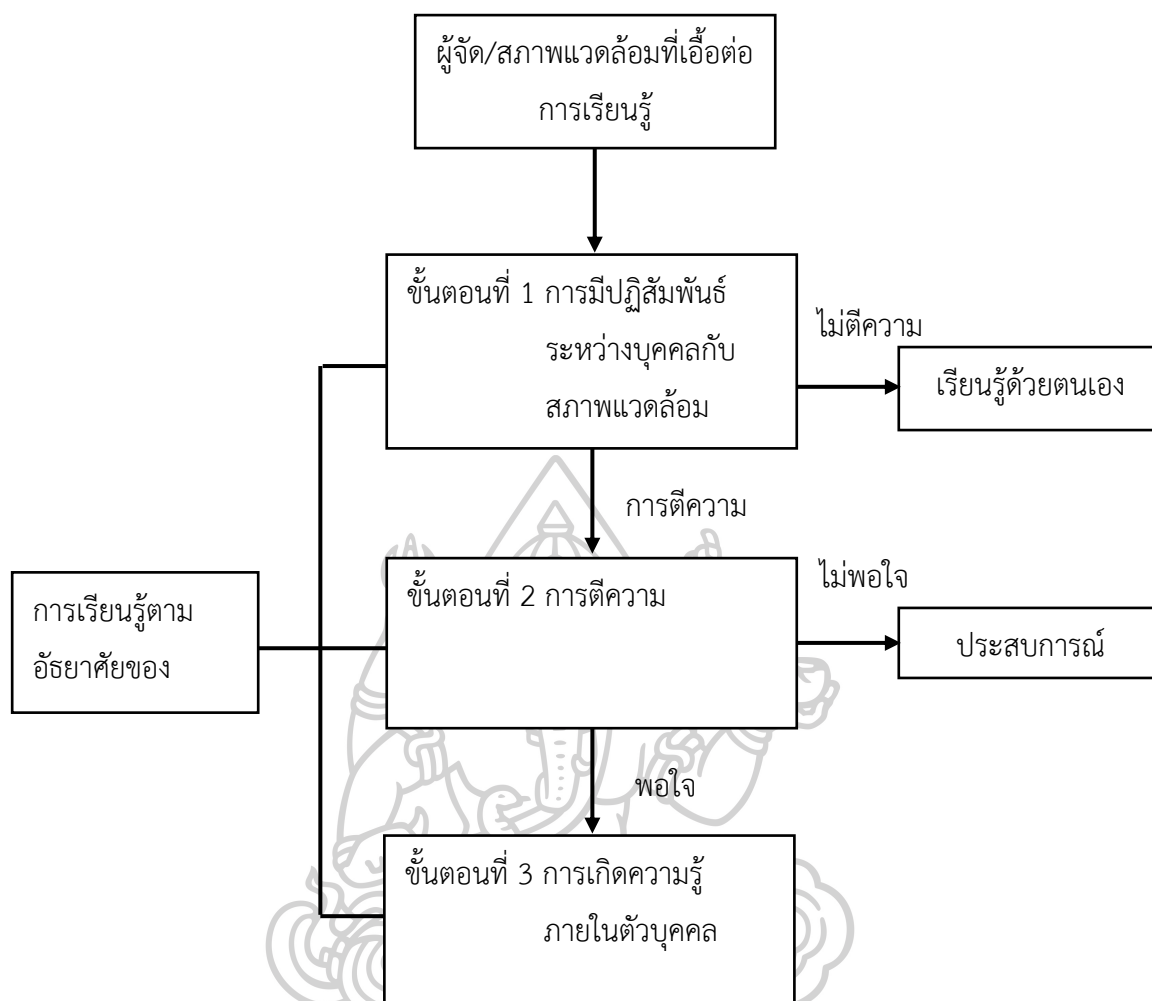
ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยและการเรียนรู้ตามอัธยาศัยในลักษณะต่าง ๆ

การจัดการศึกษาตามอัธยาศัย		ลักษณะการเรียนรู้ตามอัธยาศัย
ผู้จัด	การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้	การเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน
	การจัดสถานการณ์การเรียนรู้	การเรียนรู้โดยบังเอิญ
ผู้เรียนรู้	การกำหนดการเรียนรู้ด้วยตนเอง	การเรียนรู้ด้วยกานำตนเอง

จากตารางที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยมีจุดมุ่งหมายที่ต้องการจัดสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในลักษณะที่ผู้เรียนนั้น สามารถเกิดการเรียนรู้ขึ้นโดยบังเอิญในชีวิตประจำวัน รวมถึงสามารถกำหนดการเรียนรู้ตามความต้องการของตนเองโดยใช้วิธีการที่เรียนกว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง อย่างไรก็ตามสิ่งที่บุคคลจะเรียกว่าเป็น “การเรียนรู้” หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งนั่นก็คือ “การตีความ”

การตีความเป็นกระบวนการสื่อสารที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลการเรียนรู้กับบุคคลที่อาศัยอารมณ์ ความรู้สึก ประสบการณ์ และสติปัญญามาเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การตีความนั้นมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ลักษณะของการเรียนรู้ตามอัธยาศัยนั้นเป็นเรื่องของการรับรู้ การตีความความหมาย และการเกิดความรู้ขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลนั้นมีอิสรภาพในการเรียนรู้เต็มที่ สามารถเลือกเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ตามความพึงพอใจ โดยเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมหรือการจัดการส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ที่สามารถสร้างโอกาส สร้างความสนใจ มีความหลากหลาย ที่อาจเป็นการจัดกิจกรรม หรือสร้างสถานการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจัดให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น



ภาพที่ 4 แสดงลักษณะการเรียนรู้ตามอัธยาศัยของบุคคล (คมกฤษ จันทร์ขจร, 2551)

การเรียนรู้ตามอัธยาศัย เป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง นอกเหนือการเรียนรู้ในระบบการศึกษาแบบเป็นทางการ ในมิติของบุคคลหรือผู้เรียน การศึกษาตามอัธยาศัยเกิดขึ้นในสถานที่ต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมที่แต่ละบุคคลจะต้องเผชิญในการดำรงชีวิตประจำวัน ด้วยวิธีการที่หลากหลายที่นำไปสู่การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง โดยผลของการเรียนรู้มีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมของบุคคลและสร้างเสริมประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการสร้างความหมายตามความเข้าใจของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ กระบวนการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต และในมิติของผู้จัดการเรียนรู้หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนควบคุมวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองจากบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม รวมถึงประสบการณ์รอบข้างที่ผู้เรียนต้องเผชิญในแต่ละวัน ทั้งที่มีอยู่ตามธรรมชาติและเกิดจากการจัดสภาพการเรียนรู้ (วิศนี ศิลตระกูล และอมรา ปฐภิญโญบูรณ์, 2544)

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

การเรียนรู้ด้วยตนเองมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีกลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) ซึ่งมีความเชื่อเรื่องความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเองของมนุษย์ ดังที่มีผู้กล่าวไว้ว่า มนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมกับความดี มีความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง สามารถหาทางเลือกของตนเอง มีศักยภาพของตนเองอย่างไม่มีขีดจำกัด มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับนักจิตวิทยามนุษยนิยม (Humanistic Psychology) ที่ให้ความสำคัญในฐานะที่ผู้เรียนเป็นปัจเจกบุคคล มีแนวคิดว่า มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพ และมีความโน้มเอียงที่จะใส่ใจใฝ่รู้จนขวนขวายเรียนรู้ด้วยตนเอง

ความหมายของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

นักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความสนใจและศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง โดยได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ดังนี้

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2551) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง คือ ลักษณะที่ผู้เรียนแต่ละคนมีความรับผิดชอบในการวางแผนการเรียนรู้ของตนเอง ดำเนินการเรียนรู้ ตลอดจนมีการประเมินผลสิ่งที่ได้เรียนรู้แล้วทั้งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้

อาชญญา รัตนอุบล (2552) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนต้องรับผิดชอบการเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ รวมทั้งออกแบบประสบการณ์และทรัพยากรที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของตน ตลอดจนประเมินผลด้วยตนเอง โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยการความสะดวกหรือเพื่อนร่วมทางการเรียนรู้มากกว่าที่จะเป็นครูผู้สอนโดยตรง

Dixon (1992) ได้ให้ความหมายของ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ของตนเอง ตั้งเป้าหมายในการเรียน แสวงหาผู้สนับสนุน แหล่งความรู้ สื่อการศึกษาที่ใช้ในการเรียนรู้ และประเมินผลการเรียนรู้ของตนเอง ทั้งนี้ผู้เรียนอาจได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หรืออาจจะไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็ได้ ในการกำหนดพฤติกรรมตามกระบวนการดังกล่าว

Brookfield (1984) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็นการแสวงหาความรู้โดยผู้เรียนเป็นผู้กำหนดเป้าหมายการเรียนที่ชัดเจน ควบคุมกิจกรรมการเรียนของตนเองในด้านเนื้อหา และวิธีการเรียน โดยอาจขอความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การใช้หนังสือประกอบการเรียน เอกสารวิชาการต่าง ๆ จากบุคคลที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการเลือกวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการค้นคว้า และ แสวงหาความรู้ของบุคคล ทั้งนี้ โดยบุคคลนั้นจะมีความคิดริเริ่มด้วยตนเอง มีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเป็นสำคัญ โดยต้องมีการวางแผนการเรียนอย่างชัดเจน มีการเลือกแหล่งข้อมูลอย่างถูกต้องและเหมาะสม เลือกวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมและสัมพันธ์กับนิสัยในการเรียนรู้ของตนเอง และมีการวัดและประเมินผลของตนเอง อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเรียน โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยการความสะดวกหรือเพื่อนร่วมทางการเรียนรู้ (Facilitators)

ความสำคัญและแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

สมบัติ สุวรรณพิทักษ์ (2542) ได้เสนอว่าการสอนผู้ใหญ่เน้น ควรเป็นการเรียนที่ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้รู้จักวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีเหตุผล 2 ประการคือ

1. ผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ส่วนมากเป็นผู้ที่มีความคิดเป็นของตนเอง และเข้ามาเรียนด้วยความเต็มใจมิได้ถูกบังคับ ถ้าได้เรียนด้วยความสมัครใจจะเป็นผู้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้มากกว่าและดีกว่าผู้ที่เข้ามาเรียนโดยการถูกบังคับ ทั้งนี้เพราะว่าการเรียนรู้แบบนำตนเอง ผู้เรียนจะมีจุดประสงค์หรือเป้าหมายที่แน่นอน มีแรงจูงใจ นอกจากนี้แล้วผลเรียนมักจะทำหน้าที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ได้คุ้มค่าและนานกว่า

2. กระบวนการเรียนรู้แบบนำตนเอง เป็นวิธีการเรียนที่สอดคล้องกับสภาพและกระบวนการพัฒนาทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อมนุษย์ลืมตาดูโลก มนุษย์จะช่วยตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาพ่อแม่และอาศัยคนอื่นอยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อเติบโตขึ้นมนุษย์ก็ค่อย ๆ เปลี่ยนบุคลิกภาพเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่พึ่งพาคนอื่น ๆ อย่างเดียว และเริ่มเข้าสู่การพัฒนาขั้นสูงสุด คือ การที่มีความรับผิดชอบในชีวิตของตนเองไม่พึ่งพาคนอื่นและสิ่งนี้ก็คือ การพัฒนาไปสู่การรู้จักการเรียนรู้แบบนำตนเอง

Knowles (1975) ได้จำแนกให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองไว้ ดังต่อไปนี้

1. บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเองจะเรียนได้มากกว่า ดีกว่า มีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายและมีแรงจูงใจสูงกว่าสามารถนำประโยชน์จากการเรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าคนที่เรียนโดยเป็นเพียงผู้รับหรือรอการถ่ายทอดจากผู้สอน

2. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสอดคล้องกับพัฒนาการทางจิตวิทยาและกระบวนการทางธรรมชาติ ทำให้บุคคลมีทิศทางของการบรรลุภาวะจากลักษณะหนึ่งไปสู่อีก ลักษณะหนึ่ง

3. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองทำให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นลักษณะที่สอดคล้องกับพัฒนาการใหม่ ๆ ทางการศึกษา เช่น หลักสูตรห้องเรียนแบบเปิด ศูนย์บริการ วิชาการ การศึกษาอย่างอิสระ มหาวิทยาลัยเปิด ล้วนเน้นให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบเอง

4. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองให้มนุษย์อยู่รอด การมีความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ เกิดขึ้นเสมอทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาเรียนรู้ การเรียนรู้แบบนำตนเองจึงเป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดชีวิต

จากความสำคัญดังกล่าว การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นลักษณะสำคัญในการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับการพัฒนาทางจิตและธรรมชาติของมนุษย์รวมทั้งเน้นให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบรวมถึงการเตรียมผู้เรียนที่ให้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานการศึกษาตลอดชีวิต

บริบทอำเภอนครชัยศรี

อำเภอนครชัยศรี เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครปฐม เป็นเมืองที่มีประวัติศาสตร์เก่าแก่ มีเรื่องราวบันทึกไว้ตั้งแต่สมัยสุโขทัยเป็นราชธานี นอกจากนี้ยังมีการค้นพบโบราณวัตถุจำนวนมากในบริเวณอำเภอนครชัยศรี ปัจจุบันนครชัยศรีนับเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญแห่งหนึ่งของจังหวัดนครปฐม และอยู่ไม่ไกลจากกรุงเทพมหานคร

ประวัติความเป็นมา

อำเภอนครชัยศรีเป็นเมืองที่ตั้งขึ้นในสมัยสมเด็จพระมหาจักรพรรดิสมัยกรุงศรีอยุธยาเป็นราชธานีตั้งที่ตำบลท่านา ริมฝั่งแม่น้ำนครชัยศรี (ปัจจุบันเรียกว่าตำบลนครชัยศรี) ครั้นถึงสมัยสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) สมัยกรุงรัตนโกสินทร์แบ่งการปกครองออกเป็นมณฑล โดยรวมพื้นที่หลายจังหวัด เรียกว่า มณฑลนครชัยศรี ต่อมามีการยุบการปกครองแบบมณฑลนครชัยศรีจึงกลายเป็นชื่อของอำเภอดังปัจจุบัน

คำขวัญอำเภอนครชัยศรี

ส้มโอหวาน ข้าวสารขาว ลูกสาวสวย

ประวัติศาสตร์

ในสมัยกรุงศรีอยุธยาเป็นราชธานี พื้นที่อำเภอนครชัยศรีเคยเป็นที่ตั้งเมืองนครชัยศรี ในรัชสมัยสมเด็จพระเจ้าจักรพรรดิ (พ.ศ. 2091-2111) โปรดให้สร้างเมืองใหม่ แขวงเมืองราชบุรีจึงถูกแบ่งพื้นที่บางส่วนรวมกับพื้นที่บางส่วนของแขวงเมืองสุพรรณบุรี ตั้งเป็นเมืองนครชัยศรี เพื่อรองรับพลเมืองไทยที่หนีสงครามระหว่างไทยกับพม่าที่เริ่มมาตั้งแต่รัชสมัยสมเด็จพระชัยราชาธิราช (พ.ศ. 2077-2089) ไปอยู่ตามป่าเขา ให้กลับเข้ามาเป็นกำลังของพระนครยามมีศึก โดยมีตัวเมือง

อยู่ที่ปากคลองบางแก้ว (ห่างจากตัวอำเภอปัจจุบันประมาณ 2 กิโลเมตร) เดิมนั้นสังกัดกรมมหาดไทย ภายหลังได้โอนไปสังกัดกรมท่า

ครั้งเมื่อมีการปรับปรุงการปกครองใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2437 ในรัชกาลที่ 5 มีการจัดตั้ง กระทรวงมหาดไทยขึ้น และจัดรูปการปกครองเป็นมณฑลเทศาภิบาล เมืองนครชัยศรีได้โอนไปสังกัด กระทรวงมหาดไทย และตั้งมณฑลขึ้นโดยรวมเมืองนครชัยศรี สมุทรสาคร และสุพรรณบุรีไว้ในมณฑล เดียวกัน เรียกว่า มณฑลนครชัยศรี มีที่ตั้งอยู่ ณ เมืองนครชัยศรี ครั้นในสมัยรัชกาลที่ 6 ได้ยุบมณฑล นครชัยศรีลง เมืองนครชัยศรีเดิมถูกเปลี่ยนเป็นอำเภอนครชัยศรี ขึ้นอยู่กับจังหวัดนครปฐม

ส่วนนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2499 ถึงปัจจุบัน (รายปี)

- วันที่ 18 กรกฎาคม 2499 จัดตั้งสุขาภิบาลนครชัยศรี ในพื้นที่บางส่วนของตำบลวัดแค ตำบลนครชัยศรี ตำบลบางกะเบา และตำบลท่าตำหนัก
- วันที่ 14 กันยายน 2522 จัดตั้งสุขาภิบาลห้วยพลู ในพื้นที่บางส่วนของตำบลห้วยพลู
- วันที่ 1 มกราคม 2527 ได้โอนพื้นที่หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 6 (ที่มีพื้นที่อยู่ในพุทธมณฑล) ของตำบลบางกระทีก อำเภอสามพราน มาขึ้นกับตำบลศาลายา อำเภอนครชัยศรี (ในขณะนั้น)
- วันที่ 1 เมษายน 2534 แยกพื้นที่ตำบลศาลายา ตำบลคลองโยง และตำบลมหาสวัสดิ์ ออกมาจัดตั้งเป็นกิ่งอำเภอพุทธมณฑล โดยให้ขึ้นกับอำเภอนครชัยศรี
- วันที่ 5 ธันวาคม 2539 ยกฐานะกิ่งอำเภอพุทธมณฑลเป็นอำเภอพุทธมณฑล
- วันที่ 25 พฤษภาคม 2542 ยกฐานะจากสุขาภิบาลนครชัยศรีและสุขาภิบาลห้วยพลู เป็นเทศบาลตำบลนครชัยศรีและเทศบาลตำบลห้วยพลูตามลำดับ

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอนครชัยศรีมีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอต่าง ๆ เรียงตามเข็มนาฬิกา ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอดอนตูมและอำเภอบางเลน
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอพุทธมณฑลและอำเภอสามพราน
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอสามพราน
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอเมืองนครปฐม

เนื้อที่/พื้นที่

260.002 ตร.กม.

สภาพภูมิอากาศโดยทั่วไป

ค่อนข้างร้อน

การแบ่งเขตการปกครอง

อำเภอนครชัยศรีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 24 ตำบล 108 หมู่บ้าน ได้แก่

- | | |
|---|--|
| 1. นครชัยศรี (Nakhon Chai Si) 3 หมู่บ้าน | 13. แหลมบัว (Laem Bua) 8 หมู่บ้าน |
| 2. บางกระเบา (Bang Krabao) 3 หมู่บ้าน | 14. ศรีมหาโพธิ์ (Si Maha Pho) 5 หมู่บ้าน |
| 3. วัดแค (Wat Khae) 4 หมู่บ้าน | 15. สัมปทวน (Sampathuan) 6 หมู่บ้าน |
| 4. ท่าตำหนัก (Tha Tamnak) 4 หมู่บ้าน | 16. วัดสำโรง (Wat Samrong) 4 หมู่บ้าน |
| 5. บางแก้ว (Bang Kaeo) 4 หมู่บ้าน | 17. ดอนแฝก (Don Faek) 4 หมู่บ้าน |
| 6. ท่ากระชับ (Tha Krachap) 4 หมู่บ้าน | 18. ห้วยพลู (Huai Phlu) 5 หมู่บ้าน |
| 7. ชุนแก้ว (Khun Kaeo) 4 หมู่บ้าน | 19. วัดละมุด (Wat Lamut) 5 หมู่บ้าน |
| 8. ท่าพระยา (Tha Phraya) 5 หมู่บ้าน | 20. บางพระ (Bang Phra) 4 หมู่บ้าน |
| 9. พะเนียด (Phaniat) 4 หมู่บ้าน | 21. บางแก้วฟ้า (Bang Kaeo Fa) 5 หมู่บ้าน |
| 10. บางระกำ (Bang Rakam) 4 หมู่บ้าน | 22. ลานตากฟ้า (Lan Tak Fa) 5 หมู่บ้าน |
| 11. โคกพระเจดีย์ (Khok Phra Chedi) 5 หมู่บ้าน | 23. จีวรราย (Ngio Rai) 4 หมู่บ้าน |
| 12. ศีระทอง (Sisa Thong) 5 หมู่บ้าน | 24. ไทยवास (Thaiyawat) 4 หมู่บ้าน |

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

อาชีพหลัก ได้แก่

1. ทำสวน
2. ทำนา
3. โรงงานอุตสาหกรรม

อาชีพเสริม

ได้แก่ เลี้ยงปลา จักสานผักตบชวา

ด้านการคมนาคม

1. ทางบก - รถยนต์ ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข เอ 4
 - สถานีขนส่ง
 - สถานีรถไฟ
2. ทางน้ำ - ท่าเรือขนส่งโดยสาร
 - ท่าแพขนานยนต์
3. ทางอากาศ - ท่าอากาศยาน

ด้านการเกษตร และอุตสาหกรรม

1. ผลผลิตทางการเกษตรที่
สำคัญ ได้แก่
 1. ส้มโอ
 2. ชมพู่
 3. ฝรั่ง
2. ชื่อแหล่งน้ำที่สำคัญได้แก่
(แม่น้ำ/บึง/คลอง)
แม่น้ำนครชัยศรี

โรงงานอุตสาหกรรม

- ได้แก่
1. บริษัทน้ำมันพีซีไทย ที่ตั้ง ตำบลขุนแก้ว
 2. บริษัทดัชชีลล์จำกัด ที่ตั้ง ตำบลขุนแก้ว

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

อาชัญญา รัตน์อุบล (สารีพันธ์ุ สุภวรรณ, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, มนัสวาสน์ มนัสวาสน์, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา, ปาน กิมปี, ณัฐธลักษณ์ ศรีมีชัย, สุวิธิดา จรุงเกียรติกุล และระวี สัจจโสภณ และคณะ, บทคัดย่อ) คณะผู้วิจัยทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ” ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 1) เพื่อศึกษาสภาพการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในประเทศและต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ 2) เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย 3) เพื่อจัดทำรูปแบบและแนวทางการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ญาติที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ บุคลากรทางการศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในท้องถิ่น ที่อาศัยใน 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคตะวันออก และภาคใต้ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวิจัย เป็นการศึกษาดูเอกสาร การศึกษากรณีตัวอย่างที่ดี และการสำรวจสภาพ ปัญหา และความต้องการการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ญาติ บุคลากรทางการศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในท้องถิ่น๒) ขั้นตอนการพัฒนา เป็นการพัฒนา

รูปแบบและแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลการให้บริการการศึกษา/การเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ และการเปรียบเทียบกับจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า กรณีศึกษาที่ดีของประเทศไทยเป็นการจัดกิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยรวม โดยบูรณาการกิจกรรมการเรียนรู้และกิจกรรมการเตรียมความพร้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขสำหรับในต่างประเทศ พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบในการหาความต้องการ การวางแผน การจัดทำโครงการ การดำเนินการและการประเมินผล โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดกิจกรรม ตลอดจนมีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ 2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางกายมากที่สุด สำหรับความต้องการส่งเสริมการจัดการศึกษา/เรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน/กิจกรรมการเรียนรู้ พบว่า มีความต้องการด้านความเชี่ยวชาญของวิทยากร/ผู้สอนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความต้องการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างบุคลากรทางการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในท้องถิ่น พบว่า มีความต้องการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 3) รูปแบบและแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ พบว่า แบ่งออกเป็น 5 รูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบมหาวิทยาลัยวัยที่สาม รูปแบบศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบเมือง/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบชมรมผู้สูงอายุ/สโมสรผู้สูงอายุ และรูปแบบการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุตามอัธยาศัย และแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 หลักสำคัญ คือ (1) การกำหนดเนื้อหา/กิจกรรมการเรียนรู้ (2) การเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการศึกษา/การเรียนรู้ (3) การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้/สื่อการเรียนรู้ และ (4) การวิจัยและพัฒนา

อาชัญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา, ปาน กิมปี และ ระวี สัจจโสภณ การวิจัยเรื่อง การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพการจัดการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ในด้านเป้าหมายการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ลักษณะกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ หลักสูตรและเนื้อหา ผู้จัดการศึกษาและผู้สอน วิธีการจัดการศึกษา สื่อและแหล่งการเรียนรู้ การประเมินผล การบริหารจัดการ ผลการจัดการศึกษา (2) ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านเป้าหมายการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ลักษณะกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ หลักสูตรและเนื้อหา ผู้จัดการศึกษาและผู้สอน วิธีการจัดการศึกษา สื่อและแหล่งการเรียนรู้ การประเมินผล

การบริหารจัดการ ผลการจัดการศึกษา (3) ศึกษาอนาคตภาพการจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า 1. สภาพการจัดการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จัดขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในช่วงอายุ 60-64 ปี มากที่สุด ผู้จัดการศึกษาและผู้สอนคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรูปแบบการจัดอบรมระยะสั้น โดยสื่อและแหล่งการเรียนรู้ที่ใช้มากที่สุดคือ สื่อบุคคล ประเมินผลด้วยวิธีการสังเกต โดยใน พ.ศ. 2553 พบว่า มีโครงการที่จัดให้ผู้สูงอายุของหน่วยงานต่าง ๆ มากที่สุด คือ 1-3 โครงการ

2. ความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ จัดขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในช่วงอายุ 60-64 ปี มากที่สุด ผู้จัดการศึกษาและผู้สอน คือครูภูมิปัญญาหรือผู้รู้ในชุมชน ในรูปแบบการจัดอบรมระยะสั้น สื่อและแหล่งการเรียนรู้ที่ต้องการมากที่สุด คือ สื่อบุคคล ประเมินผลด้วยวิธีการประเมินตามสภาพจริง และต้องการให้ชมรมผู้สูงอายุส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายบริหารจัดการการจัดการศึกษาตลอดชีวิต

3. อนาคตภาพการจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย มีเป้าหมายการจัดเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชน สังคม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ กิจกรรมการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียน การศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัยแบบบูรณาการในลักษณะสาระบันเทิง มีการสร้างและส่งเสริมแกนนำผู้สูงอายุเพื่อเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ และกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ เนื้อหาการเรียนรู้ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล และควรนำไปสู่การประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์ชีวิตที่เป็นจริง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและการออม ด้านการเรียนรู้ และด้านสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมาย วิธีการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษา ควรเน้นการประชาสัมพันธ์กิจกรรม โดยเสริมแรงจูงใจเรื่องประโยชน์ผู้สูงอายุจะได้รับหลังจากเข้ารับการศึกษา ผู้จัดการศึกษาและผู้สอน ควรเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาผู้สูงอายุในพื้นที่ กิจกรรมการจัดการศึกษาควรบูรณาการอย่างหลากหลายรูปแบบ ในลักษณะพหุวัย เน้นการอภิปรายหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกันอย่างไม่เป็นทางการ สื่อและแหล่งการเรียนรู้ควรมีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดในการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การประเมินผลควรประเมินตามสภาพจริงด้วยการสังเกต โดยมีการบริหารจัดการในลักษณะที่ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันบริหารจัดการ ให้งบประมาณสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนร่วมกัน

อารยา ทิพย์วงศ์ และ จารุณี นุ่มพูล (2557: 1-11) ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 90 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสูงสุด รองลงมาเป็นทักษะการตัดสินใจ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ระดับมาก ความฉลาดทางสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนด้านทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ส่วนด้านทักษะการจัดการตนเองและด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

จุฑามณี กันกรุง (2558: 2) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาวะของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาวะ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ โดยมีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน และการเรียนรู้สิ่งใหม่เพิ่มขึ้นจากความรู้เดิม สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาวะ พบว่านักศึกษามีผลอยู่ในระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งหมายถึง มีทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

กมลพจน ศรีธานี (2560) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อก้าวเข้าสู่วัยชราสุขภาพย่อมเสื่อมถอยลงแต่หากผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพก็จะช่วยชะลอความเสื่อมถอยนั้นได้หรือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอแนะ

ให้ประชาชนดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การงดสูบบุหรี่และการงดดื่มสุรา 2) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์ จำนวน 600 ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะควรเร่งรัดให้มีการประเมินและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ทางสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่การมีข้อมูลขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดแผนงาน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และปริมาณที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในอนาคต โดยเน้นที่องค์ประกอบที่มีความจำเป็นเร่งด่วนก่อน เช่น ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดราชบุรี เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส และแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่ อยู่อาศัย เพศ ช่วงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายก่อนเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ส่วนในเรื่องของการจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรม 2 ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องยุ่ง ยาก และแก้ไขได้ยากที่จะจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือศึกษาเฉพาะในจังหวัดราชบุรีแห่งเดียว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

งานวิจัยต่างประเทศ

Bostock and Steptoe (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ อัตราการตายของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ โดยความฉลาดทางสุขภาพใช้การประเมินความสามารถในการอ่านและการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุอังกฤษมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น ข้อจำกัดของการศึกษานี้คืออคติที่เกิดจากผู้ที่ไม่ได้ถูกประเมิน (non-response bias) ได้แก่ ผู้ที่มีระดับการคิดอ่านที่ต่ำ จะพยายามปิดบังความยากลำบากในการอ่านของตน

Chen et al. (2013) ศึกษาผลของความฉลาดทางสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้ทุกวัน โดยสร้างแบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพผ่านการให้ความรู้และการใช้ กระบวนการคิด ส่วนการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคใช้แบบจำลอง SEM (structure equation modeling) ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลอง SEM เข้ากันได้ดี ซึ่งบ่งชี้ว่าการสร้างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพมีความเหมาะสม ระดับความฉลาดทางสุขภาพแสดงให้เห็นผลทางบวกปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลทางบวกเล็กน้อยต่อการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการวัดความรู้เรื่องโรคเพียง 3 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีความรู้เรื่องโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ และการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ตีค่าและผลการศึกษาสูงเกินควร [39]

Edwards et al. (2012) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแบบจำลองการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 18 คน รวม 3 ครั้ง ในระยะเวลา 9 เดือน ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลองสามารถอธิบายถึงความฉลาดทางสุขภาพสามารถพัฒนา ขนานไปกับการพัฒนาความรู้ ทักษะของความฉลาดทางสุขภาพและการฝึกฝน ความสามารถในการแสวงหาทางเลือกและร่วมตัดสินใจ แรงกระตุ้นและอุปสรรคที่จะพัฒนาและฝึกฝนทักษะความฉลาดทางสุขภาพสะท้อนให้เห็นคุณลักษณะบางประการของอาสาสมัคร แต่ก็ขึ้นอยู่กับภารกิจของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพด้วย อาสาสมัครบางส่วนพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพไปจนถึงจุดซึ่งพวกเขา กลายมามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีความเชี่ยวชาญและร่วมตัดสินใจ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้เวลาเพียง 20 สัปดาห์ หากใช้เวลาติดตามนานกว่านี้จะเห็นการพัฒนาและการดำรงอยู่ของความฉลาดทางสุขภาพได้ดีมากขึ้น

Ozdemir et al. (2010) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ใหญ่ชาวตุรกี โดยใช้ REALM และ NVS ที่ถูกแปลเป็นภาษาตุรกีในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาของ REALM พบว่าอาสาสมัครมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 2.7 ระดับต่ำร้อยละ 38.6 และในระดับที่เพียงพอร้อยละ 58.7 ส่วนผลของ NVS พบว่าอาสาสมัครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอร้อยละ 28.1 ระดับการศึกษาเป็นคุณลักษณะประชากรที่สำคัญที่สุดที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ การอ่าน และทักษะด้านคำศัพท์มีมากกว่าความสามารถทางตัวเลข ส่วนอาสาสมัครเพศหญิง สูงอายุ เรียนจบชั้นประถมศึกษา และมีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีคะแนนต่ำที่สุดทั้ง REALM และ NVS ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือการศึกษาในพื้นที่นอกเมืองทำให้ไม่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้ และการไม่ได้ตรวจสอบความแม่นยำ (validate) ของเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาตุรกีที่นำมาใช้ในการศึกษานี้

Lee et al. (2010) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ สถานะสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพของชาวไต้หวัน จากการสำรวจระดับชาติ โดยใช้ Mandarin health literacy scale ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ใหญ่ชาวไต้หวันร้อยละ 30 มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุมาก การศึกษาน้อย รายได้ครัวเรือนต่ำ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ประชากรน้อย ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพจิตที่ไม่ดี โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพหลังจากที่ได้ควบคุมตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ สถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพได้

แลม และ แยง (Lam & Yang, 2014: 4-6) ได้การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่น ซึ่งมียุ 12 - 16 ปี ในเมืองหนานหนิง ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,035 คนพบว่ามีความฉลาดอยู่ในระดับสูง 48.1% ระดับกลาง 42.8% ระดับต่ำ 9.1% ในจำนวนนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 32 คน และเป็นโรคอ้วน 51 คน รวม 82 คน (ร้อยละ 6 ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 67.5% และมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปกติ 32.5% ผลการวิจัยพบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนัก เกินและโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชาร์ฟ และคณะ (Charif et al., 2010: 4) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพในเด็กและค่า BMI ในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 107 ทำการศึกษาในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินและผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้ ทดสอบความฉลาดทางสุขภาพโดยใช้แบบทดสอบชนิด Short Test of Functional Health Literacy (STOFHLA) ทดสอบทั้งในเด็กและผู้ปกครอง ผลการวิจัย พบว่าความฉลาดทางสุขภาพในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า BMI คือ เด็กที่มีค่า BMI สูง จะมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ, เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพไม่ต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอายุและชั้นเรียน คือ เด็กที่มีอายุมากจะมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากและเด็กที่อยู่ในชั้นเรียนที่สูงกว่าจะมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่า และคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของพ่อและแม่, ระดับการศึกษาของพ่อแม่ เชื้อชาติและ เศรษฐฐานะ

ชาร์ และคณะ (Chari et al., 2013) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและเด็กและวัยรุ่นที่อ้วน โดยใช้วิธีสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ของพ่อแม่และลูกจำนวน 239 คู่ โดยเลือกเด็กที่มีอายุ 7 - 11 ปี และวัยรุ่นที่มีอายุ 12 - 19 ปี ใช้เครื่องมือชนิด Newest Vital sign ในการประเมินค่าความฉลาดทาง

สุขภาพจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอ้วนมี 27% จากผลการวิจัยพบว่า โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนนั้น สัมพันธ์กับปัจจัยด้านพ่อและแม่ เช่น พ่อแม่ที่เป็นโรคอ้วน และ พ่อแม่ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ส่วนวัยรุ่นที่อ้วนนั้นมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของตัวเองโดยตรง



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่องแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม และ 2) หาแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัย ไว้ 5 หัวข้อ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย
6. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาหรือทำงานในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ทั้ง 24 ตำบล ดังนี้ 1. ตำบลขุนแก้ว 2. ตำบลท่าตำหนัก 3. ตำบลวัดแค 4. ตำบลจี่วราย 5. ตำบลนครชัยศรี 6. ตำบลบางแก้ว 7. ตำบลบางระกำ 8. ตำบลลานตากฟ้า 9. ตำบลวัดสำโรง 10. ตำบลดอนแฝก 11. ตำบลห้วยพลู 12. ตำบลบางพระ 13. ตำบลบางแก้วฟ้า 14. ตำบลวัดละมุด 15. ตำบลสัมปทวน 16. ตำบลศรีมหาโพธิ์ 17. ตำบลท่ากระชับ 18. ตำบลโคกพระเจดีย์ 19. ตำบลบางกระบือ 20. ตำบลท่าพระยา 21. ตำบลไทยवास 22. ตำบลศิระชะทอง 23. ตำบลแหลมบัว 24. ตำบลพะเนียด จำนวนทั้งสิ้น 599 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเฉพาะตำบลในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้สูงอายุ โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากตามตารางสำเร็จรูปของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) (สิทธิ์ ธีรสรณ์, 2552: 114) จำนวนทั้งสิ้น 234 คน

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีสุ่มแบบง่ายจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุในแต่ละตำบล รวมจำนวนทั้งหมดทั้งสิ้น 234 คน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามรายชื่อตำบลในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ที่	ตำบล	จำนวนกลุ่มประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	ตำบลขุนแก้ว	34	13
2	ตำบลท่าตำหนัก	45	18
3	ตำบลวัดแค	22	9
4	ตำบลจี่วราย	32	13
5	ตำบลนครชัยศรี	36	14
6	ตำบลบางแก้ว	16	6
7	ตำบลบางระกำ	25	10
8	ตำบลลานตากฟ้า	21	8
9	ตำบลวัดสำโรง	10	4
10	ตำบลดอนแฝก	22	9
11	ตำบลห้วยพลู	31	12
12	ตำบลบางพระ	11	4
13	ตำบลบางแก้วฟ้า	25	10
14	ตำบลวัดละมุด	30	12
15	ตำบลสัมปทวน	23	9
16	ตำบลศรีมหาโพธิ์	14	5
17	ตำบลท่ากระชับ	21	8
18	ตำบลโคกพระเจดีย์	29	11

ตารางที่ 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามรายชื่อตำบลในอำเภอนครชัยศรี จังหวัด นครปฐม (ต่อ)

ที่	ตำบล	จำนวนกลุ่มประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
19	ตำบลบางกระเบา	31	12
20	ตำบลท่าพระยา	8	3
21	ตำบลไทยवास	23	9
22	ตำบลศิระชะทอง	39	15
23	ตำบลแหลมบัว	29	11
24	ตำบลพะเนียด	22	9
	รวม	599	234

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุได้แบบสอบถามคิดเป็น ร้อยละ 100 ซึ่ง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

(N = 234)

ที่	ตัวแปร	ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
1	เพศ	ชาย	63	27
		หญิง	171	73
		รวม	234	100
2	ระดับการศึกษา	ประถม	186	79.3
		ม.ต้น	23	9.9
		ม.ปลาย/ปวช.	17	7.3
		อนุปริญญา/ปวส.	2	0.9
		ป.ตรี	6	2.6
		สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
		รวม	234	100

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

(N = 234)

ที่	ตัวแปร	ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
3	อาชีพ	ค้าขาย	35	15.0
		รับจ้าง	74	31.7
		เลี้ยงสัตว์	3	1.3
		เกษตร	51	21.5
		อื่น ๆ	71	30.5
		รวม	234	100

จากตารางที่ 5 พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 234 คน ดังนี้

เพศ

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 234 คน โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 73 เป็นเพศชาย จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 27 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ตามลำดับ

ระดับการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 234 คน โดยส่วนมากเป็นสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 79.3 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามลำดับ

อาชีพ

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 234 คน โดยส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมา คือ อาชีพอื่น ๆ (แม่บ้าน, พ่อบ้าน) จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 30.5 และอาชีพเกษตร จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 21.5 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ รายได้ และประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

(N = 234)

ตัวแปร	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{X}	S.D.
อายุ	51	84	66.03	4.971
รายได้	1,200	2,100	5107.72	2820.878
ประสบการณ์	1	28	11.01	5.320

จากตารางที่ 6 พบว่าข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 234 คน ดังนี้

อายุ

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 234 คน อายุน้อยที่สุด คือ 51 ปี อายุมากที่สุด คือ 84 ปี ($\bar{X} = 66.04$, S.D. = 4.97)

รายได้

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 234 คน มีรายได้น้อยที่สุด คือ 1,200 บาท มีรายได้มากที่สุด คือ 5,107.72 บาท ($\bar{X} = 5107.72$, S.D. = 2820.88)

ประสบการณ์

ผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 234 คน มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข น้อยที่สุด คือ 1 ปี มากที่สุด คือ 28 ปี ($\bar{X} = 11.01$, S.D. = 5.32)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาร่วมกับอาจารย์ ดร.พีรเทพ รุ่งคุณากร โดยใช้กรอบแนวคิดของ นัดเป็ม และการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการดำเนินงานโดยสร้างเป็นแบบสอบถามและคำถามสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ 1 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ ของลิเคอร์ท (บุญชม ศรีสะอาด, 2553: 82-83) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การแปลความหมายระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เพื่ออธิบายระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ โดยกำหนดค่าเฉลี่ยของระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1981: 182) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า มีความฉลาดทางสุขภาพระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า มีความฉลาดทางสุขภาพระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า มีความฉลาดทางสุขภาพระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า มีความฉลาดทางสุขภาพระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า มีความฉลาดทางสุขภาพระดับน้อยที่สุด

คำถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

จำนวน 6 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ตั้งแต่ ข้อที่
2. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
3. ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ
4. ด้านทักษะการตัดสินใจ
5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง
6. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการสร้างเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม
2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้อมูลเชิงประจักษ์จากการลงพื้นที่จริงเพื่อสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

3. สรุประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องจากเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาผนวกกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพื้นที่จริง เพื่อสร้างเป็นกรอบประเด็นคำถาม

4. นำกรอบประเด็นคำถามมาจัดทำเป็นเครื่องมือวิจัย ร่วมกับอาจารย์ ดร.พีรเทพ รุ่งคุณากร
5. นำเครื่องมือวิจัยไปขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และค่าตรรกษณ์ความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือ
6. นำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นดังนี้
7. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่ตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ในตำบลยายชา และตำบลทรงคนลง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
8. นำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 24 ตำบล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ปี 2561 เพื่อนำมาเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่กำหนด
2. ติดต่อประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง
3. นำแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ นำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ในเขตพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม โดยเป็นการให้ข้อมูลแบบสอบถามด้วยความสมัครใจและให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นอิสระในการให้ข้อมูล เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามแล้วผู้ศึกษาจะนัดเก็บรวบรวมข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนดตามที่เห็นสมควร
4. การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยการแนะนำตนเองบอกวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตอบคำถาม และมีส่วนสนับสนุนการ
5. นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ คัดเลือกแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์มาประมวลและวิเคราะห์ โดยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด คิดเป็นอัตราส่วนการกลับคืนของแบบสอบถามเป็นจำนวน 100 % ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 30 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานั้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมารวบรวม ตรวจสอบความถูกต้องและให้คะแนน ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ จากนั้นนำข้อมูลไปลงรหัส การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์ โดยการสรุปประเด็นสำคัญในลักษณะของการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อตอบวัตถุประสงค์ดังรายละเอียด การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจง ความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านสูงอายุ เพื่อหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และแปลความหมาย ค่าเฉลี่ยจากแบบสอบถาม
3. วิเคราะห์ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงาน เพื่อหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยจาก แบบสอบถาม
4. วิเคราะห์แบบสอบถามตอนที่ 3 ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัญหาอื่น ๆ ในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความฉลาดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เพื่อหาค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหาเชิง พรรณนา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

ขั้นที่ 1. ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ จากข้อมูลทั่วไป ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามและเนื้อหาที่จะนำไปเก็บข้อมูล (IOC : Index of Item Objective Congruence) เพื่อ ความเหมาะสมในการใช้ภาษานำเครื่องมือวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อปรับปรุงเครื่องมือวิจัย จากนั้นนำไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะทำการเก็บ ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 3 เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม

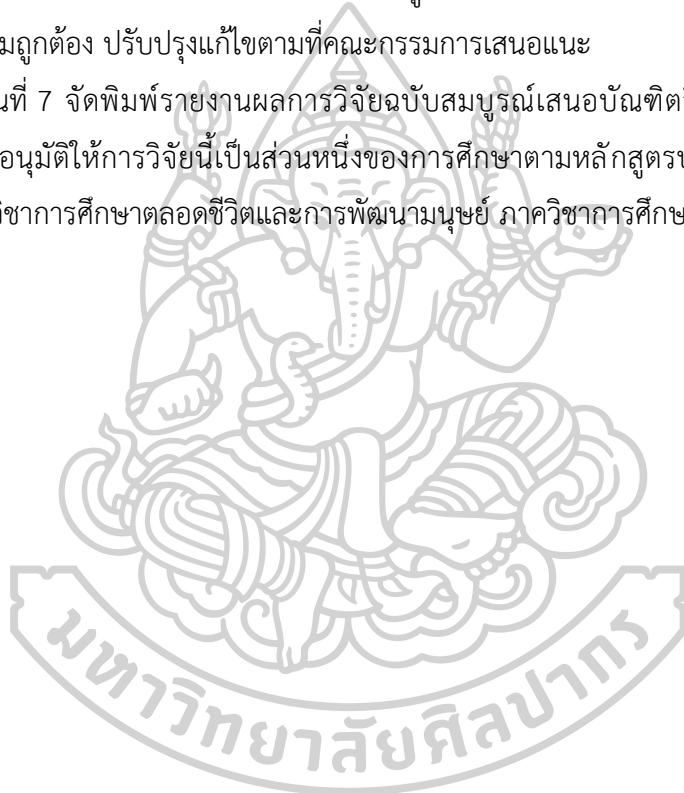
ขั้นที่ 4 ส่งผลวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะเป็นแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 สรุปและรายงานผลการวิจัย

ขั้นที่ 5 รวบรวมผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อค้นพบมาอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ 6 ทำร่างรายงานผลวิจัยฉบับสมบูรณ์นำเสนอคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้อง ปรับปรุงแก้ไขตามที่คณะกรรมการเสนอแนะ

ขั้นที่ 7 จัดพิมพ์รายงานผลวิจัยฉบับสมบูรณ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่ออนุมัติให้การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาดูแลชีวิตและการพัฒนามนุษย์ ภาควิชาการศึกษาดูแลชีวิต ต่อไป



บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม” ผู้วิจัยขอเสนอผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยจะใช้คำว่า “อสม.” แทนคำว่า “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม” นี้

ข้อค้นพบที่ 1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

อสม. มีภาพรวมของระดับความฉลาดทางสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ดังตาราง 7 ภาพรวมระดับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม.

ตารางที่ 7 ภาพรวมระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ที่	ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
1	ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.06	.40	ระดับมาก	6
2	ด้านความรู้ความเข้าใจ	4.35	.43	ระดับมาก	1
3	ด้านการสื่อสาร	4.28	.37	ระดับมาก	2
4	ด้านการจัดการตนเอง	4.24	.36	ระดับมาก	4
5	ด้านการตัดสินใจ	4.24	.35	ระดับมาก	5
6	ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	4.25	.34	ระดับมาก	3
	รวม	4.23	.37	ระดับมาก	

จากตารางที่ 7 พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .37) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุอยู่ในระดับมากทุกด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีระดับความฉลาดทางสุขภาพสูงสุด ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = .43) รองลงมา คือ ด้านการสื่อสาร ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .37) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = .34) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .36) ด้านการตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .35) และด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = .40) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจำแนกรายข้อตามด้านต่อไปนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

ตารางที่ 8 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

ที่	ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
1	อสม. รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	4.38	.71	ระดับมาก	1
2	อสม. รู้จักใช้สื่อในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	4.29	.73	ระดับมาก	5
3	อสม. รู้จักแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหรือรู้จักบุคคลที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	4.09	.63	ระดับมาก	8
4	อสม. แนะนำผู้อื่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมกับตัวเขา	4.18	.66	ระดับมาก	6
5	อสม. ตรวจสอบข้อมูลความรู้สุขภาพจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	4.10	.70	ระดับมาก	7

ตารางที่ 8 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (ต่อ)

ที่	ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ความฉลาด ทางสุขภาพ	ลำดับที่
6	อสม. มั่นใจในข้อมูลความรู้ด้าน สุขภาพของตนเองโดยไม่ต้อง ตรวจสอบจากใคร	2.75	.69	ระดับ ปานกลาง	11
7	อสม. นำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของ ตัวฉันอย่างเหมาะสม	3.84	.59	ระดับมาก	10
8	อสม. นำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของ ผู้อื่นอย่างเหมาะสม	4.09	.58	ระดับมาก	9
9	อสม. ศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทาง สุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.31	.61	ระดับมาก	3
10	อสม. รู้จักแหล่งบริการด้านสุขภาพ และเลือกรับสุขภาพที่เหมาะสมกับ ตัวฉัน	4.30	.61	ระดับมาก	4
11	อสม. นำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ ถูกต้องมาใช้แนะนำหรือบริการทาง สุขภาพแก่ผู้อื่นอย่างเหมาะสม	4.36	.64	ระดับมาก	2
รวม		4.06	.65	ระดับมาก	

จากตารางที่ 8 พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในภาพรวม มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = .65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = .71) รองลงมา คือ อสม. นำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้แนะนำหรือบริการทางสุขภาพแก่ผู้อื่นอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = .64) อสม. ศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = .61) อสม. รู้จักแหล่งบริการด้านสุขภาพและ

เลือกรับสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวฉัน ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .61) อสม. รู้จักใช้สื่อในการค้นหาข้อมูล
 ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .73) อสม. แนะนำผู้อื่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่าง
 ถูกต้องเหมาะสมกับตัวเขา ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .66) อสม. ตรวจสอบข้อมูลความรู้สุขภาพจากหลาย
 แหล่งจนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = .70) อสม. รู้จักแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหรือ
 รู้จักบุคคลที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = .63) อสม. ศึกษาหาความรู้ด้าน
 สุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = .58) อสม. นำข้อมูล
 ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตัว อสม. อย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 3.84$,
 S.D. = .59) และ อสม. มั่นใจในข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของตัวเองโดยไม่ต้องตรวจสอบจากใคร
 ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = .69) ตามลำดับ

2. ด้านความรู้ความเข้าใจ

ตารางที่ 9 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ
 นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายชื่อด้านความรู้ความเข้าใจ

ที่	ด้านความรู้ความเข้าใจ	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
1	อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ดูแลตัวเองได้	4.28	.58	ระดับมาก	5
2	อสม. มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	4.32	.58	ระดับมาก	4
3	อสม. สามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เขาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.37	.62	ระดับมาก	2
4	อสม. จำแนกแยกแยะแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล	4.34	.61	ระดับมาก	3
5	อสม. ใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	4.46	.58	ระดับมาก	1
	รวม	4.35	.59	ระดับมาก	

จากตารางที่ 9 พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจในภาพรวม มีความฉลาดทางสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = .59) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม.ใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = .58) รองลงมา คือ อสม.สามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เขาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = .62) อสม.จำแนกแยกแยะแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = .61) อสม. มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = .58) และ อสม.มีความด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ดูแลตัวเองได้ ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .58) ตามลำดับ

3. ด้านทักษะการสื่อสาร

ตารางที่ 10 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านทักษะการสื่อสาร

ที่	ด้านทักษะการสื่อสาร	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
1	อสม. รู้วิธีการพูดคุยกับชาวบ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.27	.70	ระดับมาก	4
2	อสม. เข้าใจความรู้สึกของผู้เจ็บป่วย และแสดงออกถึงความเห็นใจด้วยท่าทีที่เหมาะสม	4.22	.59	ระดับมาก	6
3	อสม. รู้สึกเป็นห่วงผู้เจ็บป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพเหมือนเป็นญาติของตนเอง	4.29	.68	ระดับมาก	3
4	อสม. ให้กำลังใจครอบครัวของผู้เจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพ	4.35	.64	ระดับมาก	1
5	อสม. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ชุมชนด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม	4.30	.62	ระดับมาก	2

ตารางที่ 10 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านทักษะการสื่อสาร (ต่อ)

ที่	ด้านทักษะการสื่อสาร	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
6	อสม. แสดงออกถึงความใจใส่ดูแลในทุกข์สุขของผู้อื่น	4.23	.64	ระดับมาก	5
	รวม	4.23	.65	ระดับมาก	

จากตารางที่ 10 พบว่าด้านทักษะการสื่อสารในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = .65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. ให้กำลังใจครอบครัวของผู้เจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = .64) รองลงมา คือ อสม. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่ถูกต้องแก่ชุมชนด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .62) อสม. รู้สึกเป็นห่วงผู้เจ็บป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพเหมือนเป็นญาติของตนเอง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .68) อสม. รู้วิธีการพูดคุยกับชาวบ้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = .70) อสม. แสดงออกถึงความใจใส่ดูแลในทุกข์สุขของผู้อื่น ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) และ อสม. เข้าใจความรู้สึกของผู้เจ็บป่วยและแสดงออกถึงความเห็นใจด้วยท่าทีที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = .59) ตามลำดับ

4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง

ตารางที่ 11 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านทักษะการจัดการตนเอง

ที่	ด้านทักษะการจัดการตนเอง	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
1	อสม. รู้จักวิธีการวางแผนในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	4.18	.63	ระดับมาก	8
2	กำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน	4.15	.71	ระดับมาก	10

ตารางที่ 11 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านทักษะการจัดการตนเอง (ต่อ)

ที่	ด้านทักษะการจัดการตนเอง	\bar{x}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
3	อสม. ปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนดเป้าหมายได้จริง	4.17	.69	ระดับมาก	9
4	อสม. บรรลุเป้าหมายในการทำงานบริการทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้จริง	4.18	.66	ระดับมาก	6
5	อสม. ทบทวนความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.19	.63	ระดับมาก	5
6	อสม. ทบทวนความรู้ความเชื่อและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่นละชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น	4.18	.61	ระดับมาก	7
7	อสม. ปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น	4.30	.64	ระดับมาก	3
8	อสม. ปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้อื่นและชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น	4.29	.59	ระดับมาก	4
9	อสม. รู้วิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	4.30	.62	ระดับมาก	2
10	อสม. รู้วิธีส่งเสริมให้ผู้อื่นหรือชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	4.45	.62	ระดับมาก	1
รวม		4.23	.64	ระดับมาก	

จากตารางที่ 11 พบว่าด้านทักษะการจัดการตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. รู้วิธีส่งเสริมให้ผู้อื่นหรือชุมชน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = .62) รองลงมา คือ อสม. ปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .64) อสม. รู้วิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .62) อสม. ปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้อื่นและชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .59) อสม. ทบทวนความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) อสม. บรรลุเป้าหมายในการทำงานบริการทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้จริง ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .66) อสม. รู้จักวิธีการวางแผนในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .63) อสม. ทบทวนความรู้ความเชื่อและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่นและชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .61) ปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนดเป้าหมายได้จริง ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = .69) และ อสม. กำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .71) ตามลำดับ

5. ด้านการตัดสินใจ

ตารางที่ 12 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านการตัดสินใจ

ที่	ด้านการตัดสินใจ	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
1	อสม. รู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อการมีสุขภาพที่ดี	4.28	.58	ระดับมาก	4
2	อสม. เลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อการมีสุขภาพที่ดี	4.31	.52	ระดับมาก	1
3	อสม. ใช้เหตุผลในการเลือกวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ดี	4.29	.60	ระดับมาก	3
4	อสม. วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี	4.11	.66	ระดับมาก	9

ตารางที่ 12 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านการตัดสินใจ (ต่อ)

ที่	ด้านการตัดสินใจ	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
5	อสม. ชี้แนะวิธีการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	4.15	.68	ระดับมาก	8
6	อสม. ยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของฉันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น	4.22	.65	ระดับมาก	7
7	อสม. สามารถชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นหรือชุมชน	4.24	.60	ระดับมาก	6
8	อสม. เห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม	4.31	.62	ระดับมาก	2
9	อสม. ฉันศึกษาหาข้อมูลความรู้รอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพ	4.26	.59	ระดับมาก	5
รวม		4.24	.61	ระดับมาก	

จากตารางที่ 12 พบว่าด้านการตัดสินใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. เห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = .62) รองลงมา คือ อสม. เลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = .52) อสม. ใช้เหตุผลในการเลือกวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .60) อสม. รู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อการมีสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .58) อสม. ศึกษาหาข้อมูลความรู้รอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = .59) อสม. สามารถชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นหรือชุมชน ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .60) อสม. ยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของฉันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = .65) อสม. ชี้แนะวิธีการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .68) และ อสม. วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.11$ S.D. = .66) ตามลำดับ

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ตารางที่ 13 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รายข้อด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ที่	ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	\bar{X}	S.D.	ความฉลาดทางสุขภาพ	ลำดับที่
1	อสม. ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ื่อนำเสนอ	4.22	.590	ระดับมาก	6
2	อสม. พิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและแหล่งข้อมูลจากหลายแหล่ง	4.24	.65	ระดับมาก	3
3	อสม. เลือกรับสื่อที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ	4.24	.64	ระดับมาก	4
4	อสม. คำนึงถึงอันตรายจากการเชื่อสื่อโดยไม่ตรวจสอบหรือพิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อและผลิตภัณฑ์	4.21	.63	ระดับมาก	5
5	อสม. ช่วยผู้อื่นเลือกรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง	4.18	.61	ระดับมาก	7
6	อสม. เป็นสื่อกลางกระจายความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพในชุมชน	4.28	.57	ระดับมาก	2
7	อสม. เลือกใช้สื่อที่ถูกต้องในการนำเสนอความรู้และบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้อื่นและชุมชน	4.42	.59	ระดับมาก	1
รวม		4.25	.61	ระดับมาก	

จากตารางที่ 13 พบว่าด้านการรู้เท่าทันสื่อในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.25, S.D. = .61) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. เลือกใช้สื่อที่ถูกต้องในการนำเสนอความรู้และบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้อื่นและชุมชนอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.42, S.D. = .59) รองลงมา คือ

อสม. เป็นสื่อกลางกระจายความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .57) อสม. พิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและแหล่งข้อมูลจากหลายแหล่ง ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .65) อสม. เลือกรับสื่อที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .64) อสม. ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = .59) อสม. คำนึงถึงอันตรายจากการเชื่อสื่อโดยไม่ตรวจสอบหรือพิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อและผลิตภัณฑ์ ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = .63) และ อสม. ช่วยผู้อื่นเลือกรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .61) ตามลำดับ

ข้อค้นพบที่ 2 แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ผู้วิจัยได้สรุปภาพรวมแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ซึ่งเป็นแบบประเมินผล (Evaluation Form) สำหรับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน เพื่อหาแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุที่ควรพัฒนา	แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม	
	เป้าหมาย	วิธีการ
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	1. ส่งเสริมความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล ดังนี้ 2. ส่งเสริมวิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอื่นจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	ฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางาน พัฒนาตนเอง พัฒนาผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 14 แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม (ต่อ)

ความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุที่ควรพัฒนา	แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม	
	เป้าหมาย	วิธีการ
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติ	อบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้สามารถจำแนกแนวทางในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน
3. ด้านทักษะการสื่อสาร	1. พัฒนาความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด/อ่าน/เขียน 2. พัฒนาความสามารถในการสื่อสารหรือโน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน	1. จัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุในการสื่อสาร โดยการพูด/อ่าน/เขียน 2. ประชุม รวมกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสื่อสาร
4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง	ส่งเสริมความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนปฏิบัติตนให้ถูกต้อง	1. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม 2. จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและความคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุในเรื่องสุขภาพ

ตารางที่ 14 แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุนำร่อง อำเภอ นครชัยศรี จังหวัด นครปฐม (ต่อ)

ความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุที่ควรพัฒนา	แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุนำร่อง อำเภอ นครชัยศรี จังหวัด นครปฐม	
	เป้าหมาย	วิธีการ
5. ด้านทักษะการตัดสินใจ	พัฒนาความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีปฏิบัติโดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี - ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	1. อบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและรู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนอื่น 2. ค้นคว้าศึกษาหาข้อมูลความรู้รอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
6. ด้านทักษะการรู้เท่าทัน	1. ส่งเสริมความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ 2. พัฒนาความสามารถในการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	อบรมให้ความรู้ในการเลือกรับสื่อจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผล

การวิจัยเรื่องแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม และ 2) หาแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาหรือทำงานในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 234 คน โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ตามตารางสำเร็จรูปของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า IOC เท่ากับ .97 และความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ .72 และหาแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ (Connoisseurship) ผลการวิจัยสรุปได้ 2 ประการ ดังนี้

1. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ
 - 1.1 ภาพรวมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .37)
 - 1.2 ด้านความรู้ความเข้าใจมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = .43)
 - 1.3 ด้านการสื่อสารมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .37)
 - 1.4 ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = .34)
 - 1.5 ด้านการจัดการตนเอง มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .36)
 - 1.6 ด้านการตัดสินใจมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .35)

1.7 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = .40)

2. แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ คือ ฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางาน พัฒนาตนเองพัฒนาผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านความรู้ ความเข้าใจ คือ อบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้สามารถจำแนกแนวทางในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

3. ด้านทักษะการสื่อสาร คือ จัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุในการสื่อสาร โดยการพูด/อ่าน/เขียน และประชุม รวมกลุ่มเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสื่อสาร

4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง คือ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและความคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุในเรื่องสุขภาพ

5. ด้านทักษะการตัดสินใจ คือ อบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและรู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนอื่น และค้นคว้าศึกษาหาข้อมูลความรู้อย่างรอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

6. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ คือ อบรมให้ความรู้ในการเลือกรับสื่อจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ

อภิปรายผล

1. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ

1.1 ภาพรวมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .37) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอ็ดเวิร์ด และคณะ (2012) กล่าวว่า ความฉลาดทางสุขภาพสามารถพัฒนาขึ้นไปกับการพัฒนาความรู้ ทักษะของความฉลาดทางสุขภาพและการฝึกฝน ความสามารถในการแสวงหาทางเลือกและร่วมตัดสินใจ แรงกระตุ้นและอุปสรรคที่จะพัฒนาและฝึกฝนทักษะความฉลาดทางสุขภาพสะท้อนให้เห็นคุณลักษณะบางประการของอาสาสมัคร แต่ก็ขึ้นอยู่กับภารกิจของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพด้วย อาสาสมัครบางส่วนพัฒนา

ความฉลาดทางสุขภาพไปจนถึงจุดซึ่งพวกเขาจะมามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีความเชี่ยวชาญและร่วมตัดสินใจ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้ เวลาเพียง 20 สัปดาห์ หากใช้เวลาติดตามนานกว่านี้จะเห็นการพัฒนาและการดำรงอยู่ของความฉลาดทางสุขภาพได้ดีมากขึ้น และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ฟอกซ์ (Fox, 2007) กล่าวว่า การพัฒนาวิชาชีพ จากความกลัวเทคโนโลยีสู่การเชื่อมต่อศรัทธาในเทคโนโลยี ไม่เพียงแต่ปฏิบัติตามกฎหมาย No Child Left Behind Act เท่านั้น หากต้องการให้เปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงมากกว่าการให้ฝึกปฏิบัติ การศึกษา ฝึกฝนแล้ว ครูยังต้องการสิ่งสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนด้านเทคโนโลยี ซึ่งสามารถช่วยทำให้ครูสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพสูง และสามารถปรับปรุงตนเองจากการไม่เต็มใจพัฒนาไปสู่การกระตือรือร้นที่จะพัฒนา และเมื่อพิจารณาทางด้านยังพบว่า

1.2 ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = .59) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า อสม.ใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = .58) รองลงมา คือ อสม.สามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เขาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = .62) อสม.จำแนกแยกแยะแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = .61) อสม. มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = .58) และ อสม. มีความด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ดูแลตัวเองได้ ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .58)

การอภิปรายผลดังกล่าวจะเห็นได้ชัดว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพที่ Nutbeam กล่าวว่า “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจในบริบททางด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตัวเอง” และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รัตนภรณ์ บุญนุช (2555) กล่าวว่า ข้อมูลประสบการณ์พัฒนาและฝึกอบรม พบว่าพนักงานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการฝึกอบรมเฉพาะด้านอยู่ในระดับดีมาก และรองลงมาคือ การสอนงาน และการปฐมนิเทศในการเปลี่ยนงานหรือเปลี่ยนตำแหน่ง ข้อมูลทัศนคติในการพัฒนาการฝึกอบรม การศึกษา พบว่าพนักงานส่วนใหญ่มีทัศนคติในการได้รับการพัฒนาและฝึกฝนอบรมอยู่ในระดับเห็นด้วยกับการเข้ารับการพัฒนาและฝึกอบรม ข้อมูลประสิทธิภาพของพนักงานพบว่าพนักงานมีประสิทธิภาพทั้ง 3 ด้านคือ ด้านคุณภาพของงาน ด้านเวลา ด้านวิธีการ อยู่ในระดับดีขึ้นกว่าเดิม

1.3 ด้านการสื่อสาร ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .37) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = .65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. ให้กำลังใจครอบครัวของผู้เจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = .64) รองลงมา คือ อสม. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ชุมชนด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .62) อสม. รู้สึกเป็นห่วงผู้เจ็บป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพเหมือนเป็นญาติของตนเอง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .68) อสม. รู้วิธีการพูดคุยกับชาวบ้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของเขาเอง ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = .70) อสม. แสดงออกถึงความใจใส่ดูแลในทุกข์สุขของผู้อื่น ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) และ อสม. เข้าใจความรู้สึกของผู้เจ็บป่วยและแสดงออกถึงความเห็นใจด้วยท่าทีที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = .59)

การอภิปรายผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิศราภรณ์ ชมชื่น (2556) ในเรื่องของการเสริมสร้างพลังทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในความเป็นไปได้ที่คน ๆ หนึ่ง จะบรรลุถึงสถานภาพทางสังคมหรือเศรษฐกิจที่สูงขึ้นด้วยความพยายามของตนเอง ในเรื่องความเชื่อมั่นต่อการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล หรือองค์กรพัฒนาเอกชนเมื่อประสบความยุ่งยาก ส่วนใหญ่ยังคงรู้สึกอิสระ จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างพลังทางสังคม 1) ด้านการยกสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ด้วยความพยายามของตนเอง คือ การได้รับเงินช่วยเหลือจากการว่างงาน ความพิการ หรือเงินช่วยเหลือทางสังคมอื่น ๆ การสนับสนุนเงิน ของรายได้ปัจจุบันเพื่อช่วยเหลือโครงการช่วยคนว่างงานให้หางานทำ และบทบาทของรัฐบาลในเรื่องความรับผิดชอบต่อประชาชน 2) ด้านความเชื่อมั่นในการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลหรือองค์กรพัฒนาเอกชนเมื่อประสบความยุ่งยาก คือ การได้รับเงินช่วยเหลือจากการว่างงานความพิการ หรือเงินช่วยเหลือทางสังคมอื่น ๆ บทบาทของรัฐบาลในเรื่องความเท่าเทียมกันของรายได้และบทบาทของรัฐบาลในเรื่องความรับผิดชอบต่อประชาชน 3) ด้านความอิสระในการแสดงออกทางความคิดเห็นที่สาธารณะ คือ สถานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา บทบาทของรัฐบาลในเรื่องความเท่าเทียมกันของรายได้และบทบาทของรัฐบาลในเรื่องความรับผิดชอบต่อประชาชน

1.4 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = .34) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = .61) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. เลือกใช้สื่อที่ถูกต้องในการนำเสนอความรู้และบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้อื่นและชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, S.D. = .59) รองลงมา คือ อสม. เป็นสื่อกลางกระจายความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .57) อสม. พิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและแหล่งข้อมูลจากหลายแหล่ง ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .65) อสม. เลือกรับสื่อที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .64) อสม. ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อแนะนำ ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = .59) อสม. คำนึงถึงอันตรายจากการเชื่อสื่อโดยไม่ตรวจสอบหรือ

พิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อและผลิตภัณฑ์ ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = .63) และ อสม. ช่วยผู้อื่นเลือกรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .61)

การอภิปรายผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมาน ลอยฟ้า (2557) กล่าวว่า สารสนเทศทางเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ผลปรากฏว่า เทคโนโลยีสารสนเทศไม่ใช่เทคโนโลยีของคนวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวเท่านั้น แต่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัยเนื่องจากในการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์เทคโนโลยีสารสนเทศจึงไม่เป็นที่นิยมสำหรับผู้สูงอายุเช่นคนอื่นอย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีเวลาว่างมากกว่าคนในวัยอื่น หากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้นและยังเป็นการลดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอีกด้วย และ สุวิช ธีระโคตร และวีรพงษ์ พลนิกรกิจ (2561) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์หลักของการใช้ คือ เพื่อการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนและผู้รู้ และการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ด้วยโปรแกรมเฟซบุ๊ก ระดับการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่อยู่ที่ทักษะการเข้าถึงและทักษะการวิเคราะห์หนอจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพและการทำงาน ประสบการณ์การใช้งาน และวัตถุประสงค์ในการใช้งานแตกต่างกัน มีระดับการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตแตกต่างกัน การเปรียบเทียบทัศนคติการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์และวัตถุประสงค์การใช้งานที่แตกต่างกัน มีเหตุผลการใช้งานอินเทอร์เน็ต การให้ความเชื่อถือต่อเนื้อหาที่ได้รับ และการใช้ประโยชน์จากเนื้อหาที่ได้รับจากอินเทอร์เน็ตแตกต่างกัน ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้คือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถสื่อสารเนื้อหาสาระเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้ แต่ต้องตระหนักถึงความไม่เท่าเทียมกันของระดับการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุด้วย

1.5 ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .36) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. รู้วิธีส่งเสริมให้ผู้อื่นหรือชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = .62) รองลงมา คือ อสม. ปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .64) อสม. รู้วิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .62) อสม. ปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้อื่นและชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .59) อสม. ทบทวนความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) อสม. บรรลุเป้าหมายในการทำงานบริการทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้จริง ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .66) อสม. รู้จักวิธีการวางแผนในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .63) อสม. ทบทวนความรู้ความเชื่อและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่นละชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .61) ปฏิบัติได้

ตามแผนที่กำหนดเป้าหมายได้จริง ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = .69) และ อสม. กำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .71)

การอภิปรายผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2559) กล่าวว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การได้ดีที่สุด และสามารถอธิบายพฤติกรรมของพนักงานที่หลากหลายและแตกต่างกันของแต่ละบุคคลได้นั้นหมายถึงว่าพนักงานจำนวนมากในองค์การที่แสดงออกถึงพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ เพราะเป็นคุณลักษณะส่วนตัว หรือนิสัยส่วนตัว (Inherent Personality) นั้นเอง เพราะพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ หรือ OCB เป็นพฤติกรรมเชิงบวกเป็นพฤติกรรมของการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และการเสียสละอาสาช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจและจริงจัง โดยไม่หวังผลตอบแทนซึ่งพฤติกรรมนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งผลให้องค์การประสบความสำเร็จในระยะยาวอย่างยั่งยืนซึ่งระดับความเต็มใจที่พนักงานจะแสดงพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประเภทของพฤติกรรมและวัตถุประสงค์ของพนักงานดังนั้นพนักงานจึงมีพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในลักษณะเป็นพฤติกรรมเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์การให้ประสบความสำเร็จ โดยไม่เกี่ยวกับการมุ่งบรรลุเป้าหมาย หรือประโยชน์ส่วนตัวมากเกินไป

1.6 ด้านการตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .35) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. เห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = .62) รองลงมา คือ อสม. เลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = .52) อสม. ใช้เหตุผลในการเลือกวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .60) อสม. รู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อการมีสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .58) อสม. ศึกษาหาข้อมูลความรู้รอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = .59) อสม. สามารถชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นหรือชุมชน ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .60) อสม. ยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของตนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = .65) อสม. ชี้แนะวิธีการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .68) และ อสม. วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = .66)

การอภิปรายผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีของ กวี วงศ์พุ่ม (2539: 84) ให้ความหมายของการตัดสินใจว่า หมายถึงการพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดจากทางเลือกหลาย ๆ ทางผู้นำต้องตัดสินใจด้วยหลักเหตุผลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.7 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = .40) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = .65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = .71) รองลงมา คือ อสม. นำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้แนะนำหรือบริการทางสุขภาพแก่ผู้อื่นอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = .64) อสม. ศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = .61) อสม. รู้จักแหล่งบริการด้านสุขภาพและเลือกรับสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวฉัน ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .61) อสม. รู้จักใช้สื่อในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .73) อสม. แนะนำผู้อื่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมกับตัวเขา ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = .66) อสม. ตรวจสอบข้อมูลความรู้สุขภาพจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = .70) อสม. รู้จักแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหรือรู้จักบุคคลที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = .63) อสม. ศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = .58) อสม. นำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตัวเอง อสม. อย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = .59) และ อสม. มั่นใจในข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของตัวเองโดยไม่ต้องตรวจสอบจากใคร ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = .69)

การอภิปรายผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ อาชญญา รัตนอุบล (2552) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนต้องรับผิดชอบการเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ รวมทั้งออกแบบประสบการณ์และทรัพยากรที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของตน ตลอดจนประเมินผลด้วยตนเอง โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกหรือเพื่อนร่วมทางการเรียนรู้มากกว่าที่จะเป็นครูผู้สอนโดยตรง

2. แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

จากการวิจัยเรื่องแนวทางการเรียนรู้อื่นๆ เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายเพิ่มเติม ดังนี้ การศึกษาแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ผูกอบรมการใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางาน พัฒนาตนเองพัฒนาผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ด้านความรู้ความเข้าใจ อบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้สามารถจำแนกแนวทางในการปฏิบัติตัว

ด้านสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ด้านทักษะการสื่อสาร จัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุในการสื่อสาร โดยการพูด/อ่าน/เขียน และประชุม รวมกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและความคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุในเรื่องสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ อบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและรู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนอื่น และค้นคว้าศึกษาหาข้อมูลความรู้อย่างรอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านทักษะการรู้เท่าทัน อบรมให้ความรู้ในการเลือกรับสื่อจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) กล่าวว่า ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต และทักษะทางสังคมและคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ และ อภิญญา อินทร์รัตน์ (2557) กล่าวว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกัน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีความฉลาดทางสุขภาพจะสามารถนำเสนอข้อมูล และสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ในการพัฒนาปรับปรุงความฉลาดทางสุขภาพของสังคมส่วนรวมโดยการใช้กลยุทธ์การสื่อสาร การสร้างสื่อให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการให้บริการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้รับสารที่มีความแตกต่าง และหลากหลายในระดับความรู้ ความสามารถ ภาษาและวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบจากการวิจัยมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร ได้ข้อมูลสารสนเทศในด้านระดับความฉลาดทางสุขภาพขออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายวางแผนการปฏิบัติงานในด้านที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ

1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานอื่น หรือผู้ที่สนใจสามารถนำผลการวิจัยไปศึกษา พัฒนาต่อยอด หรือประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ได้

1.3 ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ ได้แนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาต่อตนเอง ชุมชน และสังคม

1.4 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัย ส่งเสริมความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล ดังนี้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอื่นจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ และฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางาน พัฒนาตนเองพัฒนาผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาในเรื่องของปัจจัยหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จตามแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ โดยจะได้ทราบถึงปัญหาและแนวทางในการพัฒนาให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) หรือทดลองแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ เพื่อเป็นการยกระดับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2553). **หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน. พุทธศักราช 2551** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.จำกัด.
- กวี วงศ์พุด. 2539. **ภาวะผู้นำ** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี.เค.อินเตอร์ปริ้นส์.
- กองสุขศึกษา. (2553). **ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี**. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
- การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). **กระทรวงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.
- กิพพน ศรีธานี (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 11(1).
- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2555). **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ตลอดชีวิตตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส เพื่อส่งเสริมการพัฒนามนุษย์และสังคมอย่างยั่งยืน**. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เกี้ย วงศ์บุญสิน. (2549). **สังคม ส.ว. (ผู้สูงอายุ)** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2553). **วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**, 6(1).
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2554). **การสังเคราะห์องค์ความรู้ เรื่อง ความแตกฉานด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการ.**
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). **ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : นิเวศรรวมตาการพิมพ์.
- คชาวุธ พรหมายน. (2545). **ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจ กองตรวจคนเข้าเมือง: ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการตำรวจฝ่าย 1 ฝ่าย 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์. (2553). **รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ**. นครปฐม: ศูนย์ธุรกิจที่ปรึกษาเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

- งานพัฒนาระบบข้อมูล กองสุศึกษา. (2549). **ปรับตัวอย่างไรให้มีความสุขในวัยสูงอายุ**. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2551, จาก <http://www.thaihed.com/healthupdate/details.php?ID=299>.
- งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. (2004). **ข้อควรปฏิบัติเพื่อความสุขของผู้สูงอายุ**. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2551, จาก <http://www.thainews70.com/news/news-health/view.php?topic=14>
- จุฑามณี กันกรุง. (2558). **การศึกษาความฉลาดทางสุขภาวะของนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์, บรรณาธิการ. (2544). **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ฉบับสมบูรณ์** (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2546). **รายงานการวิจัยเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต**. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์มหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ชนวนทอง ชาญกาญจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2522). **การนำเสนอแนวคิด และประสบการณ์ เรื่อง Health Literacy ความแตกฉานด้านสุขภาพ**. ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทาลัยมหิดล
- ชนวนทอง ชาญกาญจน์. (2560). **แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินสุศึกษาในโรงพยาบาล**. เอกสารประกอบการบรรยายในกรประชุม ผู้รับผิดชอบงานสุศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น จัดโดยสำนักงานสนับสนุนสุขภาพเขต 7 จังหวัดขอนแก่น วันที่ 10 มีนาคม. (อัดสำเนา)
- ช่อลัดดา ขวัญเมือง. **เทคนิคการสร้างอารมณ์ขัน**. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2551, จาก http://academic.obec.go.th/advice/information/content_smart/smart_5_a.htm
- ณรงค์ สุภัทรพันธ์. (2543). **โรคอารมณ์ซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์หน้าตาสุโลกกว้าง จำกัด.
- ไทยเฮล. (2549). **วิธีปฏิบัติตัวให้เรามีความสุขในวัยสูงอายุ**. เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2551, จาก http://www.michi.co.th/articles_view_health.php?ArticlesId=113&PHPSESSID=14f9cf0cfd5972634fc188a969f84cf

- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชานามัยครอบครัwbัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). **คู่มือผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์** (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บังอร ธรรมศิริ. (2542). **ผู้สูงอายุในสังคมไทย**. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). **การวิจัยเบื้องต้น** (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). **การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2542). **โครงสร้างอายุและประชากรสูงอายุในประเทศไทย**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภณ. (2542). **จิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพฯ: บริษัทวิสิทธิ์พัฒนา.
- พรทิพย์ เกยุรานนท์. (2545). **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและพิการในชุมชน**. ใน **ประมวลสาระชุดวิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หน่วยที่ 13**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- พัชรี ศรีสังข์. (2551). **การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้วิชาจิตวิทยาสังคมโดยใช้ชุมชนและประสบการณ์เป็นฐานเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์**. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร.
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ยุพาพิน ศิริโพธินาม. (2546). **แนวคิดการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบองค์รวม**. ใน **ประมวลสาระชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 1**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- รองศาสตราจารย์ธีรยุทธ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา. จาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_12.html. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- รัตนภรณ์ บุญชู. (2555). การพัฒนาและฝึกอบรมที่มีผลต่อประสิทธิภาพของพนักงาน :
กรณีศึกษาการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเขต 1 (ภาคกลาง) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
การค้นคว้าอิสระ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา. (2553). รูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและ
การจัดการความรู้. ปริญญาโทการศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การศึกษาผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิศนี ศิลตระกุล และอมรา ปฐภิญโญบุรณ. (2544). การศึกษาตามอัธยาศัย : จากแนวคิดการเรียนรู้
ตลอดชีวิตสู่แนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัย กรมการศึกษา
นอกโรงเรียน.
- ศรา อีปราส. (2550). ความหมายของความสุข. เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2551, จาก
<http://www.vcharkarn.com/include/vcafe/showkratoo.php?Pid=81310>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดลและคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. (2545). พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
บริษัทอักษรพิพัฒน์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2541). เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/people/about/history>,
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541.
แปลโดยพิสมัย จันทวิมล. นนทบุรี.
- สมบัติ สุวรรณพิทักษ์. (2542). เทคนิคการสอนแนวใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาน ลอยฟ้า. (2557). พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ใหญ่ในชนบท. กลุ่มวิชาการจัดการ
สารสนเทศและการสื่อสาร คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ. (2542). พฤติกรรมองค์การ : ทฤษฎีและการประยุกต์
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2553). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2542). คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการเกี่ยวกับ
อาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ รสพ.

- สำนักงานบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน. (2547). **กลยุทธ์ กศน. สู่การปฏิบัติของสำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน ปบประมาณ 2548-2551**. กรุงเทพฯ: รั้งสีการพิมพ์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548).
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2554). **สถานภาพและบทบาทการเสริมสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.ที.ซี. คอมมิวนิเคชั่น.
- สิทธิ์ ชีรสรณ์. (2552). **เทคนิคการเขียนรายงานวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 3)**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณษา วังศิริ. (2552). **บทบาทของการดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามพิษณุโลก.
- สุมาลี สังข์ศรี. (2545). **การพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สุมาลี สังข์ศรี (2550). ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้. **วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ.**, 2(3), 99-100.
- สุมาลี สังข์ศรี และคณะ. (ม.ป.ป.). **โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการนำความรู้และ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาทำประโยชน์ต่อสังคม, (อัดสำเนา)**.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2547). **จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2551). **รวมบทความแนวคิดทางอาชีวศึกษาและการศึกษาผู้ใหญ่**. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เสรี วงษ์มณฑา. (2542). **กลยุทธ์การตลาด การวางแผนการตลาด**. กรุงเทพฯ: ซีระพี ลัมและไซเท็กซ์.
- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ Health literacy of Health Professionals. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3).
- อรทัย ศักดิ์สูง. (2543). **การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างทฤษฎี แอนดราโกจี (Andragogy) ของมัลคอล์ โนลส์ กับวิธีการสอนในหลักสูตรผู้บริหารสถานศึกษาระดับสูง ของสถาบัน พัฒนาผู้บริหารการศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาการศึกษานอก โรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรณิชษฐ์ แสงทองสุข. (2560). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของพนักงานระดับปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงานในธุรกิจโรงแรมในประเทศไทย**. งานวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีปทุม ปีการศึกษา 2559.
- อาชัญญา รัตนอุบล. (2542). **เงื่อนไขการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และแนวทางการสอนผู้ใหญ่**. ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียนคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (อัตรสำเนา).
- อาชัญญา รัตนอุบล. (2552). **พัฒนาการการเรียนรู้และการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ใหญ่**. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาการศึกษาจากระบบโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาชัญญา รัตนอุบล (สารีพันธ์ุ ศุภวรรณ วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา มนัสวานัน มนัสวานัน วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา ปาน กิมปี ณีภูฏลัักษณ์ ศรีมีชัย สุวิธิตา จรุงเกียรติกุล และระวี สัจจโสภณ) และคณะ. (2555). **ศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ**. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 40(1).
- อาชัญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา, ปาน กิมปี และระวี สัจจโสภณ. (2554). **การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย**. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล. (2557). **ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินกรุงเทพมหานคร**. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(2).
- อิศราภรณ์ ชมชื่น. (2556). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างพลังทางสังคม (Social Empowerment) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เอกวิทย์ ฌ กลาง และคณะ. (2539). **ภูมิปัญญาและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทยโครงการกิตติเมธี**. นนทบุรี: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

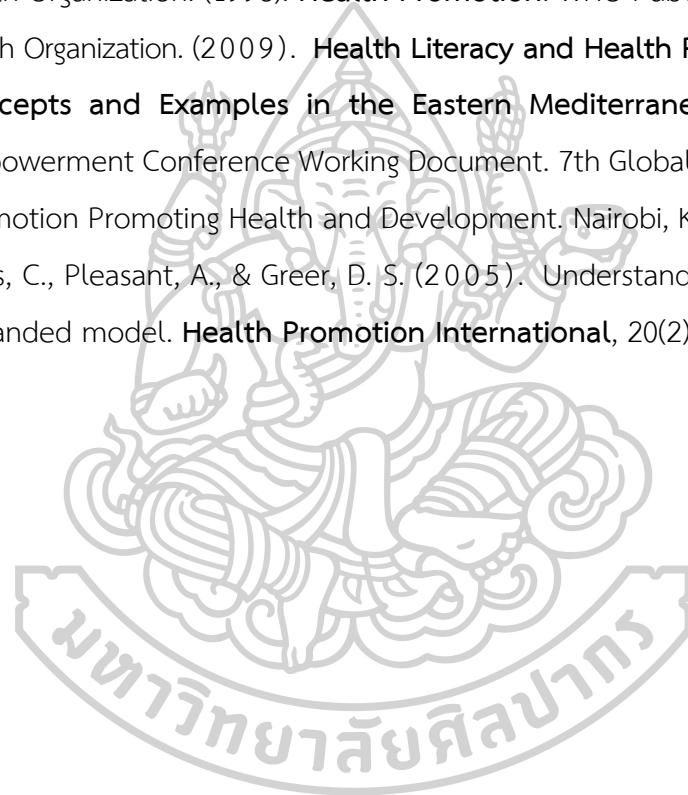
ภาษาต่างประเทศ

- Aounjung. (2549). **ความหมายของความสุข**. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2551, จาก <http://aounjung.multiply.com/journal/item/3>
- Best, J. W. (1981). **Research in education** (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1959). **Toxonomy of educational objectives handbook 1: Cognitive**. New York: David Mckay.

- Brookfield. (1984). Self-directed adult learning a critical program. **Adult Education Quarterly**, 35(2), 59-71.
- Chin, et al. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. **Journal Health Community**, 16(Suppl 3), 222-241.
- Cropley, & Dave. (1978). **Lifelong education and the training of teachers : Developing a curriculum for teacher education on the basis of the principles of Lifelong education**. Oxford: Pergamon.
- Dixon, W. B. (1992). An exploratory study of Self-directed learning readiness and pedagogical expectations about learning among adult inmate learners in Michigan. **Dissertation abstract international**, 55, 1789-A.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, M., (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. **BMC Public Health**, 12:130. Doi: 10.1186/1147-1458-12-130.
- Enacted — Signed by the President on Jul 25, 1991. This bill was enacted after being signed by the President on July 25, 1991.
- European Society of Association Executives. (2007). **What is Lifelong Learning?**. Available from http://www.esae.org/articles/2007_08_005.pdf
- Garrick, J. (2012). *Informal learning in the workplace*. London: Routledge.
- Geeta, K., & Narendra, S. (2010). **Lifelong Learning**. Available from <http://www.articlesbase.com/Education-articles/Life-long-Learning-2904759.html>.
- Gordon, A., & Browne, K. W. (1993). **Beginning and beyond : Foundations in early childhood. education** (3rd ed). New York: Delmar.
- Hasan. (1996). **Lifelong Learning in International Encyclopedia of Adult Education and Training**. Oxford: Pergamon.
- Health Canada. (2002). **What determines health?**. Available from http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/deter_biblio.html [June 13, 2007].
- Houston, P. J. (1976). **Fundamentals of Learning**. London: Academic Press.
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., & Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy : a pilot study of Japanese office workers. **Health Promotion International**, 23(3), 269-274.

- Jobroads. (2550). **อารมณ์ขัน ตัวแปรสำคัญที่ช่วยคลายความกดดันลงได้**. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2551, จาก <http://www.jobroads.net/Article/ViewArticle.asp?ID=271>
- Kickbusch, I. S. (2001). **Health Literacy: addressing the health and education divide**. Yale University School of Public Health. New Haven, CT, USA
- Kickbusch, I. S. (2008). Health Literacy : an essential skill for the twenty-first century. **Health Education**, 108(2).
- Klein, S. B. (1991). **Learning**. New York: McGraw-Hill.
- Knowles, M. S. (1975). **Andragogy in action**. San Francisco: Jossey Bass.
- Knowles, M. S. (1980). **The Modern Practice of Adult Education : From Pedagogy to Andragogy**. New York: Cambridge, The Adult Education Company.
- Lefrancois, R. G. (2000). **Theories of Human Learning** (4th ed.). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- McGill, I., & Beaty, L. (1995). **Action Learning** (2nd ed.). London: Kogan Page.
- Mumford, M. D., Mobley, M. I., Reiter-Palmon, R., Uhlman, C. E., & Doares, L. M. (1991). Process analytic models of creative capacities. **Creativity Research Journal**, 4, 91-122.
- Nordstrom, M. N. (2011) **Top 10 Benefits of Lifelong Learning**. Available from http://www.selfgrowth.com/articles/Top_10_Benefits_of_Lifelong_Learning.html.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. **Health Promotion International**, 15(8), printed in Great Britain.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy: what can we learn from literacy studies?. **Int. J Public Health**, 54, 303-305.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. **Health Promotion International**, 23(2), 152-159. doi: 10.1093/heapro/dan001.
- Revens, R. (1982). **The Origins and Growth of Action Learning**. Studentlitteratur. Lund.
- Rootman, I. (2009). Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria. British Columbia Canada. **Personal Communication**.

- Schermerhon. (1996). **Management and Organizational Behavior**. Singapore: Wiley and Sons.
- Schugurensky, D. (2000). **The forms of informal learning: Towards a conceptualization of the field**. Available from <http://www.nall.ca/res/19formsofinformal.htm>
- Smith, & Squrling. (1999). **Lifelong Learning : Riding the tiger**. London: Cassell.
- Strauss, G., & Sayles, L. R. (1960). **Personal the Human Problems of Management**. New Jersey: Prentice-Hall.
- World Health Organization. (1998). **Health Promotion**. WHO Publications.
- World Health Organization. (2009). **Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region**. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy : an expanded model. **Health Promotion International**, 20(2), 195-203.





ภาคผนวก



1. ตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) ของแบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

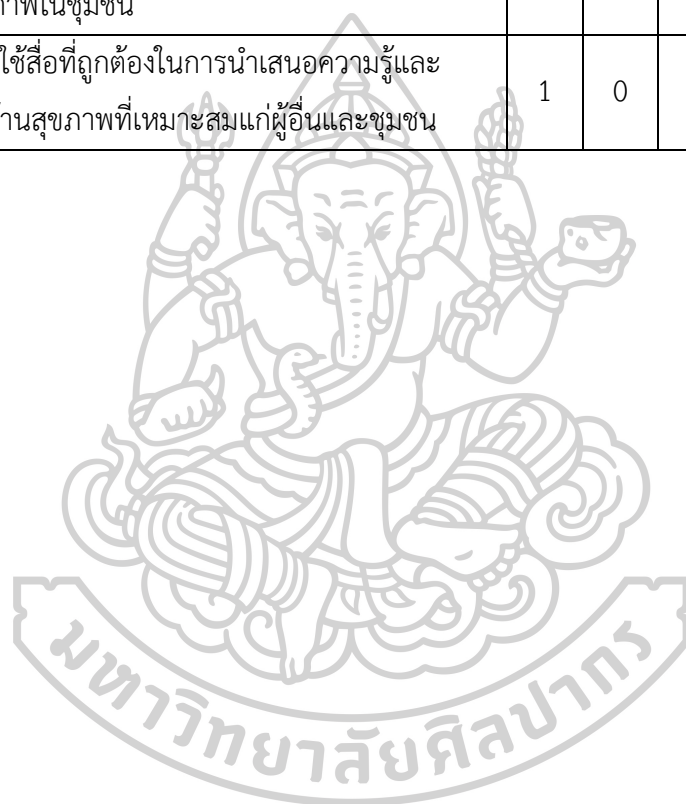
ข้อที่	คะแนน (คนที่)			รวม	IOC	สรุป
	1	2	3			
1. ฉันทรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	1	1	1	1	1	5
2. ฉันทรู้จักใช้สื่อในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ฉันทรู้จักแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหรือรู้จักบุคคลที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	1	1	1	1	1	5
3. ฉันทรู้จักแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหรือรู้จักบุคคลที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	1	1	1	1	1	5
4. ฉันทแนะนำผู้อื่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมกับตัวเขา	1	1	1	1	1	5
5. ฉันทตรวจสอบข้อมูลความรู้สุขภาพจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	1	1	1	1	1	5
6. ฉันทมั่นใจในข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของตัวเองโดยไม่ต้องตรวจสอบจากใคร	1	1	1	0	1	4
7. ฉันทนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตัวเองอย่างเหมาะสม	1	1	1	1	1	5
8. ฉันทนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้อื่นอย่างเหมาะสม	1	1	1	1	1	5
9. ฉันทศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	0	1	4
10. ฉันทรู้จักแหล่งบริการด้านสุขภาพและเลือกรับสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวฉัน	1	1	1	1	1	5
11. ฉันทนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาแนะนำให้หรือบริการทางสุขภาพแก่ผู้อื่นอย่างเหมาะสม	1	1	1	1	1	5
12. ฉันทมีความด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ดูแลตัวเองได้	1	0	1	1	1	4

ข้อที่	คะแนน (คนที่)			รวม	IOC	สรุป
	1	2	3			
13. ฉันมีความด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้อื่นได้	1	0	1	0	1	3
14. ฉันทางสุขภาพมีความด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในการให้บริการแก่ชุมชนได้	1	0	1	0	1	3
15. ฉันมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	1	1	0	1	1	4
16. ฉันมีความเข้าใจในการบริการทางสุขภาพแก่ผู้อื่นและชุมชนอย่างเหมาะสม	1	1	0	0	1	3
17. ฉันสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เขาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	1	1	1	1	1	5
18. ฉันจำแนกแยกแยะแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล	1	1	1	1	1	5
19. ฉันใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	1	1	1	1	1	5
20. ฉันใช้ความรู้สึกส่วนตัวในการตัดสินใจปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพโดยไม่ตรวจสอบกับข้อมูลทางการแพทย์	-1	-1	1	1	1	1
21. ฉันรู้วิธีการพูดคุยกับชาวบ้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง	1	1	1	1	1	5
22. ฉันโน้มน้าวใจผู้อื่นสนใจสนใจในปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม	1	-1	1	1	1	3
23. ฉันเข้าใจความรู้สึกของผู้เจ็บป่วยและแสดงออกถึงความเห็นใจด้วยท่าทีที่เหมาะสม	1	1	0	1	1	4
24. ฉันรู้สึกเป็นห่วงผู้เจ็บป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพเหมือนเป็นญาติของตนเอง	1	1	1	1	1	5
25. ฉันให้กำลังใจครอบครัวของผู้เจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพ	1	1	1	1	1	5

ข้อที่	คะแนน (คนที่)			รวม	IOC	สรุป
	1	2	3			
26. ฉันเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ชุมชนด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม	1	1	1	1	1	5
27. ฉันแสดงออกถึงความใจใส่ดูแลในทุกข์สุขของผู้อื่น	1	1	1	0	1	4
28. ฉันมีความเป็นกันเองกับผู้อื่นโดยไม่ถือเนื้อถือตัว	0	1	1	0	1	3
29. ฉันสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นให้กับผู้อื่น	1	1	0	0	0	2
30. ฉันเป็นที่พึ่งให้กับผู้อื่นได้	1	1	0	0	0	2
31. ฉันรู้จักวิธีการวางแผนในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	1	1	1	1	1	5
32. ฉันกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน	1	1	1	1	1	5
33. ฉันปฏิบัติตามแผนที่กำหนดเป้าหมายได้จริง	1	1	1	1	1	5
34. ฉันบรรลุเป้าหมายในการทำงานบริการทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้จริง	1	1	1	1	1	5
35. ฉันทบทวนความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง	1	1	1	1	1	5
36. ฉันทบทวนความรู้ความเชื่อและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่นละชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น	1	1	1	1	1	5
37. ฉันปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น	1	1	1	0	1	4
38. ฉันปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้อื่นและชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น	1	1	1	0	1	4
39. ฉันรู้วิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	1	1	1	1	1	5
40. ฉันรู้วิธีส่งเสริมให้ผู้อื่นหรือชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	1	1	1	1	1	5
41. ฉันรู้จักหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อการมีสุขภาพที่ดี	1	1	1	1	1	5
42. ฉันเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อการมีสุขภาพที่ดี	1	1	1	1	1	5

ข้อที่	คะแนน (คนที่)			รวม	IOC	สรุป
	1	2	3			
43. ฉันใช้เหตุผลในการเลือกวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ดี	1	1	1	1	1	5
44. ฉันวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี	1	1	0	1	1	4
45. ฉันชี้แนะวิธีการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	1	1	0	1	1	4
46. ฉันยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของฉันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น	1	1	1	1	1	5
47. ฉันรู้ผิดชอบชั่วดีและใช้แนวทางในการตัดสินใจของฉัน	0	1	0	1	0	2
48. ฉันสามารถชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นหรือชุมชน	1	1	1	1	1	5
49. ฉันเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม	1	1	1	1	1	5
50. ฉันศึกษาหาข้อมูลความรู้รอบด้านในการพิจารณาปัญหาสุขภาพ	1	1	1	1	1	5
51. ฉันตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ	1	1	1	1	1	5
52. ฉันพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและแหล่งข้อมูลจากหลายแหล่ง	1	1	1	1	1	5
53. ฉันเลือกรับสื่อที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ	1	1	1	1	1	5
54. ฉันเลิกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยเชื่อจากการนำเสนอของสื่อ	1	-1	1	1	1	3
55. ฉันประเมินสื่อที่เสนอแนะเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ	1	-1	0	1	1	2
56. ฉันคำนึงถึงอันตรายจากการเชื่อสื่อโดยไม่ตรวจสอบหรือพิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อและผลิตภัณฑ์	1	1	1	1	1	5

ข้อที่	คะแนน (คนที่)			รวม	IOC	สรุป
	1	2	3			
57. ฉันช่วยผู้อื่นพิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อที่สื่อ นำเสนอในประเด็นสุขภาพต่าง ๆ	1	-1	0	1	1	2
58. ฉันช่วยผู้อื่นเลือกรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารความรู้ด้าน สุขภาพอย่างถูกต้อง	1	0	1	1	1	4
59. ฉันเป็นสื่อกลางกระจายความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ด้านสุขภาพในชุมชน	1	0	1	1	1	4
60. ฉันเลือกใช้สื่อที่ถูกต้องในการนำเสนอความรู้และ บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้อื่นและชุมชน	1	0	1	1	1	4



2. ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่น Reliability Cronbach's alpha ของแบบสอบถาม (Questionnaire)

รายละเอียด	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	สรุป
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ		
1. ฉันรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	.690	ใช้ได้
2. ฉันรู้จักใช้สื่อในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	.698	ใช้ได้
3. ฉันรู้จักแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหรือรู้จักบุคคลที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง	.725	ใช้ได้
4. ฉันแนะนำผู้อื่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมกับตัวเขา	.663	ใช้ได้
5. ฉันตรวจสอบข้อมูลความรู้สุขภาพจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย	.778	ใช้ได้
6. ฉันมั่นใจในข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของตัวเองโดยไม่ต้องตรวจสอบจากใคร	.745	ใช้ได้
7. ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตัวฉันอย่างเหมาะสม	.655	ใช้ได้
8. ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้อื่นอย่างเหมาะสม	.698	ใช้ได้
9. ฉันศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	.771	ใช้ได้
10. ฉันรู้จักแหล่งบริการด้านสุขภาพและเลือกรับสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวฉัน	.635	ใช้ได้
11. ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้แนะนำหรือบริการทางสุขภาพแก่ผู้อื่นอย่างเหมาะสม	.801	ใช้ได้
2. ด้านความรู้ ความเข้าใจ		
12. ฉันมีความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ดูแลตัวเองได้	.721	ใช้ได้
13. ฉันมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	.735	ใช้ได้
14. ฉันสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เขาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	.659	ใช้ได้

รายละเอียด	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	สรุป
15. ฉันจำแนกแยกแยะแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล	.774	ใช้ได้
16. ฉันใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	.806	ใช้ได้
3. ด้านทักษะการสื่อสาร		
17. ฉันรู้วิธีการพูดคุยกับชาวบ้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของเขาเอง	.807	ใช้ได้
18. ฉันเข้าใจความรู้สึกของผู้เจ็บป่วยและแสดงออกถึงความเห็นใจด้วยท่าทีที่เหมาะสม	.736	ใช้ได้
19. ฉันรู้สึกเป็นห่วงผู้เจ็บป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพเหมือนเป็นญาติของตัวเอง	.659	ใช้ได้
20. ฉันไม่หวั่นไหวต่อครอบครัวของผู้เจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพ	.764	ใช้ได้
21. ฉันเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ชุมชนด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม	.785	ใช้ได้
22. ฉันแสดงออกถึงความใจใส่ดูแลในทุกข์สุขของผู้อื่น	.756	ใช้ได้
4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง		
23. ฉันรู้จักวิธีการวางแผนในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	.795	ใช้ได้
24. ฉันกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน	.778	ใช้ได้
25. ฉันปฏิบัติตามแผนที่กำหนดเป้าหมายได้จริง	.812	ใช้ได้
26. ฉันบรรลุเป้าหมายในการทำงานบริการทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้จริง	.803	ใช้ได้
27. ฉันทบทวนความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง	.735	ใช้ได้
28. ฉันทบทวนความรู้ความเชื่อและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่นละชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น	.668	ใช้ได้
29. ฉันปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น	.879	ใช้ได้
30. ฉันปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้อื่นและชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น	.621	ใช้ได้

รายละเอียด	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	สรุป
31. ฉันรู้วิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	.745	ใช้ได้
32. ฉันรู้วิธีส่งเสริมให้ผู้อื่นหรือชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	.804	ใช้ได้
5. ทักษะด้านการตัดสินใจ		
33. ฉันรู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อการมีสุขภาพที่ดี	.778	ใช้ได้
34. ฉันเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อการมีสุขภาพที่ดี	.732	ใช้ได้
35. ฉันใช้เหตุผลในการเลือกวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ดี	.821	ใช้ได้
36. ฉันวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี	.886	ใช้ได้
37. ฉันชี้แนะวิธีการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	.841	ใช้ได้
38. ฉันยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของฉันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น	.769	ใช้ได้
39. ฉันสามารถชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นหรือชุมชน	.814	ใช้ได้
40. ฉันเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม	.823	ใช้ได้
41. ฉันศึกษาหาข้อมูลความรู้รอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพ	.882	ใช้ได้
6. ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ		
42. ฉันตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ	.789	ใช้ได้
43. ฉันพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและแหล่งข้อมูลจากหลายแหล่ง	.758	ใช้ได้
44. ฉันเลือกรับสื่อที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ	.874	ใช้ได้
45. ฉันคำนึงถึงอันตรายจากการเชื่อถือโดยไม่ตรวจสอบหรือพิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อและผลิตภัณฑ์	.715	ใช้ได้
46. ฉันช่วยผู้อื่นเลือกรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง	.804	ใช้ได้

รายละเอียด	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	สรุป
47. ฉันเป็นสื่อกลางกระจายความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพในชุมชน	.861	ใช้ได้
48. ฉันเลือกใช้สื่อที่ถูกต้องในการนำเสนอความรู้และบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้อื่นและชุมชน	.723	ใช้ได้
รวม	.761	





1. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านสูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

2. เพื่อหาแนวทางพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง กรุณาให้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่สุด โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ เติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ √ ลงในกรอบ หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน

3. การศึกษาสูงสุดของท่าน

1. ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

3. ปริญญาตรี

4. มัธยมศึกษาตอนต้น

5. ปวส./อนุปริญญา

6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพปัจจุบันของท่าน

1. ประกอบอาชีพ โพรตระบุ.....
2. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. รายได้ในปัจจุบันของท่าน.....บาท/เดือน

6. ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมาแล้ว.....ปี.....เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

- คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ						
1	ฉันรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง					
2	ฉันรู้จักใช้สื่อในการค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง					
3	ฉันรู้จักแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพหรือรู้จักบุคคลที่ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง					
4	ฉันแนะนำผู้อื่นให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมกับตัวเขา					
5	ฉันตรวจสอบข้อมูลความรู้สุขภาพจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6	ฉันมั่นใจในข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของตัวเองโดยไม่ต้องตรวจสอบจากใคร					
7	ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตัวเองอย่างเหมาะสม					
8	ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้อื่นอย่างเหมาะสม					
9	ฉันศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
10	ฉันรู้จักแหล่งบริการด้านสุขภาพและเลือกรับสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวฉัน					
11	ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้แนะนำหรือบริการทางสุขภาพแก่ผู้อื่นอย่างเหมาะสม					
2. ด้านความรู้ ความเข้าใจ						
12	ฉันมีความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ดูแลตัวเองได้					
13	ฉันมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง					
14	ฉันสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เขาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง					
15	ฉันจำแนกแยกแยะแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล					
16	ฉันใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3. ด้านทักษะการสื่อสาร						
17	ฉันรู้วิธีการพูดคุยกับชาวบ้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง					
18	ฉันเข้าใจความรู้สึกของผู้เจ็บป่วยและแสดงออกถึงความเห็นใจด้วยท่าทีที่เหมาะสม					
19	ฉันรู้สึกเป็นห่วงผู้เจ็บป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพเหมือนเป็นญาติของตนเอง					
20	ฉันให้กำลังใจครอบครัวของผู้เจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพ					
21	ฉันเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ชุมชนด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม					
22	ฉันแสดงออกถึงความใจใส่ดูแลในทุกข์สุขของผู้อื่น					
4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง						
23	ฉันรู้จักวิธีการวางแผนในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข					
24	ฉันกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน					
25	ฉันปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนดเป้าหมายได้จริง					
26	ฉันบรรลุเป้าหมายในการทำงานบริการทางสุขภาพที่ตั้งไว้ได้จริง					
27	ฉันทบทวนความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง					
28	ฉันทบทวนความรู้ความเชื่อและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่นละชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
29	ฉันปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น					
30	ฉันปรับเปลี่ยนความคิดและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้อื่นและชุมชนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น					
31	ฉันรู้วิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม					
32	ฉันรู้วิธีส่งเสริมให้ผู้อื่นหรือชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง					
5. ทักษะด้านการตัดสินใจ						
33	ฉันรู้จักวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือสิ่งที่อันตรายต่อการมีสุขภาพที่ดี					
34	ฉันเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อการมีสุขภาพที่ดี					
35	ฉันใช้เหตุผลในการเลือกวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ดี					
36	ฉันวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี					
37	ฉันชี้แนะวิธีการและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม					
38	ฉันยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของฉันในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของผู้อื่น					
39	ฉันสามารถชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นหรือชุมชน					
40	ฉันเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม					
41	ฉันศึกษาหาข้อมูลความรู้รอบด้านในการพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพ					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ						
42	ฉันตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ					
43	ฉันพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและแหล่งข้อมูลจากหลายแหล่ง					
44	ฉันเลือกรับสื่อที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพ					
45	ฉันคำนึงถึงอันตรายจากการเชื่อสื่อโดยไม่ตรวจสอบหรือพิจารณาความน่าเชื่อถือของสื่อและผลิตภัณฑ์					
46	ฉันช่วยผู้อื่นเลือกรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง					
47	ฉันเป็นสื่อกลางกระจายความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพในชุมชน					
48	ฉันเลือกใช้สื่อที่ถูกต้องในการนำเสนอความรู้และบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้อื่นและชุมชน					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

3. แบบประเมินผล (Evaluation Form)

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ข้อคำถาม แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านสูงอายุ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ

.....

.....

.....

2. ด้านความรู้ความเข้าใจ

.....

.....

.....

3. ด้านทักษะการสื่อสาร

.....

.....

.....

4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง

.....

.....

.....

5. ทักษะด้านการตัดสินใจ

.....

.....

.....

6. ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ

.....

.....

.....

7. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

“ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือตอบแบบประเมินครั้งนี้”

ลงชื่อ.....

ผู้ให้ข้อมูล





ภาคผนวก ค

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1 ชื่อ - สกุล : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสุตา เตียเจริญ
 ความเชี่ยวชาญ : ความเชี่ยวชาญด้านการวัดผลประเมินผล
- 2 ชื่อ - สกุล : นางวรารวรรณ ศรีเสมาเมือง
 ความเชี่ยวชาญ : ความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาชุมชน
- 3 ชื่อ - สกุล : นายวิวัฒน์ศักดิ์ ศรีเสมาเมือง
 ความเชี่ยวชาญ : ความเชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต





ภาคผนวก ง
หนังสือขอเชิญเป็นผู้ตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

โทร.034-218790

ที่ ศธ 6806 นรฎ / 864

วันที่ 30 มกราคม 2562

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสุดา เตียเจริญ

ด้วย นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์ รหัสประจำตัว 59251202 นักศึกษาระดับปริญญาโท บัณฑิต
สาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ชีวิตและการพัฒนามนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ"

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่านในฐานะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้
ผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร. จูไรรัตน์ นันทานิช)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 6806(๒๖)/๘๖5



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

30 มกราคม 2562

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายวุฒิสักดิ์ ศรีเสมาเมือง

ด้วย นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์ รหัสประจำตัว 59251202 นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการศึกษาตลอดชีวิตและการพัฒนามนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ"

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่านในฐานะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จูไรรัตน์ นันทานิช)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย
นครปฐม โทร.034-218790

ที่ ศธ 6806 (น.ร.) / 866
๒๖



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

30 มกราคม 2562

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นางวรวรรณ ศรีเสมาเมือง

ด้วย นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์ รหัสประจำตัว 59251202 นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต
สาขาวิชาการศึกษาดนตรีและการพัฒนามนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร กำลังทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ"

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่านในฐานะผู้เชี่ยวชาญเป็น
ผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จูไรรัตน์ นันทนิช)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย
นครปฐม โทร.034-218790



ที่ ศธ 6806 (พ.ศ.) 1443



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

20 กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขอตกลงเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรงคนอง

ด้วย นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์ รหัสประจำตัว 59251202 นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาดนตรีและการพัฒนามนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ" มีความประสงค์ จะขอตกลงเครื่องมือวิจัยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน เพื่อประกอบการทำ วิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นักศึกษา ดังกล่าวได้ทดลองเครื่องมือวิจัยด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร. อธิกมาส มากชูย์)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย

รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย
นครปฐม โทร.034-218790

ที่ ศธ 6806 (นส) / 1442



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

20 กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขอตกลงเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาชา

ด้วย นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์ รหัสประจำตัว 59251202 นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต
สาขาวิชาการศึกษาดนตรีและการพัฒนามนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ" มีความประสงค์
จะขอตกลงเครื่องมือวิจัยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน เพื่อประกอบการทำ
วิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นักศึกษา
ดังกล่าวได้ขอตกลงเครื่องมือวิจัยด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.อธิกมาส มากจู้ย)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย

รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย
นครปฐม โทร.034-218790



ภาคผนวก ฉ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 6806 (พ.จ.) / 2646



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

29 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ด้วย นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์ รหัสประจำตัว 59251202 นักศึกษาระดับปริญญาโท บัณฑิต
สาขาวิชาการศึกษาด้านจิตวิทยาและการพัฒนามนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ" มีความประสงค์
จะขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสกลนคร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดแจ้งอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้สูงอายุทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ศึกษาดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร. อธิกมาส มากจู้)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย

รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย
นครปฐม โทร. 034-218790



ภาคผนวก ข

หนังสือตอบรับและขอเชิญนำเสนอผลงานวิจัย

ที่ อว 8612/812



คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์
นครปฐม 73000

7 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ตอบรับและขอเชิญนำเสนอผลงานวิจัย

เรียน นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการประชุมนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ จำนวน 1 ชุด

ด้วยคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ร่วมกับ Universiti Sains Malaysia สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สภาคณบดีคณะครุศาสตร์/ศึกษาศาสตร์แห่งประเทศไทย สภาคณบดีคณะครุศาสตร์และศึกษาศาสตร์แห่งประเทศไทย (กลุ่ม 16 สถาบัน) คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา กำหนดจัดโครงการประชุมนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติ และนานาชาติ The 7th International Conference on Education (ICE 2020) and The 16th National Conference “Research on Teaching and Learning Toward Professional Development in a Changing World” วันที่ 6 มิถุนายน 2563 โดยการประชุมจะจัดขึ้นในรูปแบบการนำเสนอออนไลน์

ในการนี้คณะศึกษาศาสตร์ได้คัดเลือกผลงานวิจัย เรื่อง “แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ” ของท่านเพื่อนำเสนอแบบบรรยาย โดยจะเป็นการนำเสนอผ่านระบบการประชุมทางไกลด้วยภาพและเสียง ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ ทั้งนี้ คณะฯ ได้มอบหมายให้นางสาววารุณี ตั้งศุภธวัช เป็นผู้ประสานงานการนำเสนอผลงานวิจัยดังกล่าว หมายเลขโทรศัพท์ในการติดต่อ 062-9199536

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัย ดังกล่าวข้างต้นด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พรณภัทร ปลั่งศรีเจริญสุข)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะศึกษาศาสตร์

สำนักงานคณบดีคณะศึกษาศาสตร์

โทร. 062-9199536

โทรสาร 0 3425 5796



ภาคผนวก ซ

เกียรติบัตรรับรองการนำเสนอบทความ



คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

มอบเกียรติบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

เกศราพร กองศรีพิลารมย์

ได้นำเสนอผลงานวิจัยแบบบรรยาย เรื่อง

“แนวทางพัฒนาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงอายุ”

ในโครงการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 16

“งานวิจัยด้านการสอนและการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพในโลกที่เปลี่ยนแปลง”

(นำเสนอในรูปแบบออนไลน์)

ให้ไว้ ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2563

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาเรียม นิลพันธุ์)

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวเกศราพร กองศรีพิลารมย์
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2546 ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย พ.ศ. 2559 ศึกษาต่อปริญญาโท สาขาวิชาการศึกษาดุริยศาสตร์ และการพัฒนามนุษย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2553 – 2554 ครูอัตราจ้าง ตำแหน่งครูศูนย์การเรียนชุมชน ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอมีชัยบุรี สังกัดสำนักงาน กศน. จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2554 – ปัจจุบัน พนักงานราชการ ตำแหน่งครู กศน.ตำบล ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอนครชัยศรี สังกัดสำนักงาน กศน. จังหวัดนครปฐม
ที่อยู่ปัจจุบัน	19/206 หมู่บ้านกิตติชัย 18 หมู่ 4 ตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73170