

Effectiveness of Mental Health Care Literacy Promotion Program of Elderly People among Village Health Volunteers, Pathumthani Municipality Province¹

Arunothai Pathan² and Sirima Mongkolsomlit³

Received: February 21, 2020 Revised: June 12, 2020 Accepted: June 13, 2020

Abstract

The purpose of this research was to study the effectiveness of the elderly mental health care literacy promotion program of village health volunteers. This research used two quasi-experimental research, measured before and after the experiment. The subjects were village health volunteers of 2 municipality. PathumThani municipality consists of 60 experimental groups and 60 ThaKhong municipality in the compare group. The instrument used in this study was a test on the level of the mental health literacy for the elderly, composed of 4 sections, namely accessing to information, understanding of decision making, and applying. Data analysis were conducted by comparing the mean and proportion statistics test. The results found that 1) the village health volunteers in the experimental group after joining the program had an average score of mental health literacy for older people ($\bar{x}=63.75$, $SD=9.98$) higher than the compare group ($\bar{x}=39.7$, $SD=8.39$, $p < 0.001$). 2) The village health volunteers in the experimental group after joining the program had the average scores of mental health literacy for older people ($\bar{x}=63.75$, $SD=9.98$) higher than the before joining the program ($\bar{x}=41.65$, $SD=9.37$, $p < 0.001$). However, in the experimental group, there was a change in the level of mental health literacy of the elderly from an insufficient level to a sufficient level. Therefore, the elderly mental health literacy program of village health volunteers can be used as a tool to increase the level of mental health literacy in the village health volunteers for caring the elderly people in the community.

Keywords: health promotion program, health literacy, mental health, elderly, village health volunteer

¹ This paper submitted in partial fulfillment of Master's thesis in Health Promotion Management, Faculty of Public Health, Thammasat University

² Graduate Student, Master Degree in Health Promotion Management, Faculty of Public Health Thammasat University. E-mail: arunothai190233@gmail.com

³ Associate Professor, Faculty of Public Health, Thammasat University

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี¹

อรุโณทัย ปาทาน² และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย อสม. เทศบาลเมืองปทุมธานี 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง และ อสม. เทศบาลท่าโขลง 60 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตัดสินใจ และการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าสัดส่วน ผลการศึกษา พบว่า 1) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (\bar{X} =63.75, SD=9.98) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (\bar{X} =39.78, SD=8.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) และ 2) อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (\bar{X} =63.75, SD=9.98) สูงกว่าก่อนทดลอง (\bar{X} =41.65, SD=9.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้ ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุจากระดับไม่เพียงพอเป็นระดับเพียงพอ แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น โปรแกรมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อเพิ่มระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ในชุมชนได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อีเมลล์: arunothai190233@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูงอายุกว่า 841 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรโลกทั้งหมด นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าจาก 841 ล้านคนส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 2 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลกทั้งหมด และในอีก 50 ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกอีกกว่า 1 พันล้านคน ทำให้ทั่วโลกจะมีผู้สูงอายุประมาณ 3 พันล้านคน ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นไปเป็นเกือบร้อยละ 30 ของประชากรโลก (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute: TGRDI, 2017))

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 7.29 ล้านคน และคาดว่าปี พ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.13 ล้านคน หรือร้อยละ 16.73 ในปี พ.ศ. 2563 (Sangkhiew-ngam, 2016) จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจอันเนื่องมาจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าผู้สูงอายุรายนั้น ๆ ปรับตัวปรับใจไม่ทันจะนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิต จึงจำเป็นต้องให้การดูแลทางสังคมและจิตใจด้วยการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ (Muijeen, 2015) นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพกายก็ส่งผลทำให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลง ซึ่งถ้าหากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา (Sangkhiew-ngam, 2016)

จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Bureau of Mental Health Promotion and Development, 2017) ด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ มีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง โดยจะเห็นว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น ปัญหาในผู้สูงอายุควรจะได้รับ ความสนใจและหาวิธีการแก้ไขเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในจังหวัดปทุมธานี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ได้รายงานสถานการณ์ความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2558 พบร้อยละ 2.4 เป็นอันดับที่ 20 ของประเทศ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดย อสม. ได้ผ่านการอบรมความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในชุมชน ภายใต้โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2520 โดยกระทรวงสาธารณสุขและจำนวน อสม. เพิ่มขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั้งในชนบทและชุมชนเมือง การจัดให้มี อสม. เป็นหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย อสม. เป็นบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ดังนั้น อสม. จึงควรมีความรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพและให้ความรู้กับประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพหากสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Rueangput & Jitbantad, 2013)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (Nammontri, 2018) หมายถึง ความสามารถของบุคคลและชุมชน ในการค้นหาคำตอบที่ต้องการ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็น ตรวจสอบ และทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมาและตัดสินใจนำข้อมูลนั้นไปใช้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ความจำเป็นเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และจากการทบทวนนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2000) ให้นิยามว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนด แรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ซึ่งจะก่อให้เกิด ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลต่อการเปรียบเทียบสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Noppakraw, 2017) เมื่อกลุ่ม อสม. มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุแล้ว จะสามารถช่วยให้การทำงานในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Tanasukarn, 2017) ดังนั้น หากมีโปรแกรม ที่สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข จะทำให้ผู้สูงอายุ ในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอาสาสมัครสาธารณสุขมีศักยภาพสูงขึ้นในการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรม โดย นำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาบูรณาการ ได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ Nutbeam (2000) ได้มีการ เสนอกรอบแนวคิด (conceptual model) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ “conceptual model of health literacy as a risk” โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้ เท่าทันสื่อ และต่อมา Sorensen et al. (2012) ได้มีการเสนอกรอบแนวคิด “Integrated model of health literacy” ที่ได้จากการสังเคราะห์เอกสารระหว่าง ค.ศ. 2000-2009 และเสนอองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรอง และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึงและการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการ สื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามลำดับขั้น เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนการรู้คิดและพฤติกรรม โดยจำแนกระดับการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการ มีปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมความรอบรู้ ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ตามหลักกรอบแนวคิด (Sorensen et al., 2012) โดยผู้วิจัย

ได้นำแนวคิด Sorensen มาพัฒนาโปรแกรมและได้นำเทคนิคแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ซึ่งได้มีการอธิบายถึงทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ เรียกว่า กระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน คือ ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรมเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมและรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ เน้นการใช้ความรู้สึก และยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น ขั้นที่ 2 การไตร่ตรองเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่างรอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณา ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม เป็นขั้นที่ผู้เรียนใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปขยายอดเป็นหลักการต่าง ๆ ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องซึ่งขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้จากทฤษฎีนี้ Kolb (1984) ชี้ให้เห็นว่า ผู้เรียนแต่ละคนจะเน้นในขั้นต่าง ๆ แตกต่างกันไปทำให้มีการใช้ขั้นต่าง ๆ ในการเรียนรู้ไม่เท่ากัน บางคนเน้นที่ขั้นที่ 1 บางคนเน้นที่ขั้นที่ 2 บางคนเน้นที่ขั้นที่ 3 และบางคนเน้นที่ขั้นที่ 4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กิจกรรม อสม. เข้าถึงข้อมูล เป็นกิจกรรมเสริมสร้างความสามารถในการค้นหาข้อมูล กลั่นกรองข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยเน้นทักษะความชำนาญในการค้นหากลั่นกรองข้อมูลและตรวจสอบได้ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยได้มีการบรรยายวิธีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตผ่านวิธีการสาธิตและให้ อสม. ปฏิบัติตามอย่างเช่น การเข้าถึงแบบทดสอบออนไลน์ของกรมสุขภาพจิต เพื่อที่จะสามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ในเบื้องต้น การเข้าถึงสายด่วนออนไลน์สุขภาพจิต ช่องทางการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เช่น ผ่านช่องทางข้อความของเฟซบุ๊ก และให้ อสม. ทำการทดสอบออนไลน์ทางด้านสุขภาพจิตของตนเองก่อนนำไปใช้จริงในชุมชน และแบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข่าวสารในอินเทอร์เน็ตว่าข้อมูลนั้น ๆ เป็นข่าวจริงหรือข่าวปลอม โดยการบรรยายให้ความรู้ในการสังเกตจุดต่าง ๆ ในข่าวสารที่ได้รับ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งกลุ่มเป็น 6 กลุ่ม และให้โจทย์ข่าวแล้วให้ออกมาวิเคราะห์หน้าชั้นว่าข่าวสารที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ โดยได้นำเทคนิคแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมในช่วงท้ายของกิจกรรม คือ การปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ (concrete experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้น เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น อย่างเช่น ประสบการณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลชุดสุขภาพจิต อาทิเช่น หาก อสม. มีความต้องการคัดกรองคนในชุมชน อสม. จะต้องขอเอกสารคัดกรองจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและต้องรอผลการคัดกรอง ซึ่งกว่าจะรู้ผลการคัดกรองอาจต้องใช้เวลามาก จึงอาจจะทำให้ไม่สามารถทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตอาจส่งผลให้ปัญหารุนแรงเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขทันท่วงที ซึ่งผู้เรียนจะได้รับรู้จากประสบการณ์จริงจากคนอื่น ๆ จากการฟังเรื่องราว การพูดคุยสนทนา และการทำงานกลุ่ม

2) กิจกรรม อสม. เข้าใจ คือ การเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมถึงความเข้าใจในอาการและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต อสม. จะต้องมีความเข้าใจในบริบทของสังคมภาวะแวดล้อมในชุมชนของตนเองและสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยได้ทำการบรรยายถึงปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยบรรยายถึงอาการ ความรุนแรง พฤติกรรมเสี่ยง ความเปราะบางของกลุ่ม

ผู้สูงอายุ หลังจากจบการบรรยาย ผู้วิจัยให้ อสม. แต่ละชุมชน อธิบายถึงบริบทด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนตนเอง และแสดงความคิดเห็นถึงผลกระทบของบริบทในชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมด้วย ที่มีต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หลังจากนั้น อสม. แบ่งกลุ่มออกเป็น 6 กลุ่ม และวิเคราะห์บริบทในชุมชนตนเอง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในชุมชน เช่น บางชุมชนมีวัยรุ่นเสพยาเสพติด ลักขโมย และยังมีเหตุทะเลาะวิวาทอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้คนในชุมชนดำเนินชีวิตด้วยความไม่ปลอดภัย ผู้สูงอายุจึงเกิดความวิตกกังวล จนทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ โดยได้นำเทคนิคแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ การเรียนรู้ การสะท้อนคิดจากการสังเกต (reflective observation) เป็นขั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำความเข้าใจ ในความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับและนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบ ผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกร่วมของตนเองจากประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดยกระตุ้นให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่ม ได้แบ่งปันประสบการณ์ การเรียนรู้ร่วมกับการสะท้อนคิดทำให้เกิดเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น จะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้พัฒนาทั้งด้านความรู้และ เจตคติในเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างเช่น ตอนลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ อาจพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิต เมื่อพบเหตุการณ์อย่างนี้อาจจะทำให้ อสม. รับมือไม่ทันและไม่เข้าใจถึงปัญหานั้น ๆ ได้ จึงได้นำประสบการณ์นั้น ๆ มาบอกกล่าวให้ อสม. ท่านอื่น ๆ ได้รับฟัง

3) กิจกรรม อสม. ตัดสินใจ คือ มีทักษะในการตัดสินใจต่อข้อมูล สามารถระบุปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุและ ประเมินทางเลือกตามสถานการณ์ได้ โดยผู้วิจัยได้ทำการบรรยายความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิตและขั้นตอนการ ตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เช่น วิเคราะห์ปัญหาที่พบอย่างเป็นระบบ หลังจากบรรยาย ผู้วิจัยให้ อสม. แบ่งกลุ่ม 6 กลุ่ม และให้โจทย์สมมติสถานการณ์กับแต่ละกลุ่มแล้วให้ช่วยกันวิเคราะห์เหตุการณ์ว่าควรตัดสินใจและมีจุดยืน อย่างไรหากเจอสถานการณ์ตามโจทย์ที่ให้ โดยได้นำเทคนิคแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์การเรียนรู้ ในกิจกรรมขั้นการเรียนรู้ด้านการสร้างความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัย ให้ความรู้ แนวคิด แนวทางปฏิบัติ และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกต ระหว่างลงปฏิบัติ หน้าที่ในชุมชนมาพิจารณาเชิงเหตุผลอย่างรอบคอบแล้ว นำมาสรุปรวบรวมหลักการต่าง ๆ ของตนเอง ผู้วิจัย ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันสรุปข้อคิดเห็น โดยการให้ อสม. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างการ ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจในการช่วยเหลือโดยไม่ได้เตรียมการล่วงหน้า เช่น เมื่อเยี่ยมบ้าน แล้ว พบผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ถามคำตอบคำ เมื่อสอบถามลูกที่เป็นผู้ดูแล แล้วได้คำตอบว่า ผู้เป็นแม่ ไม่ค่อยทาน ข้าว และตอนกลางคืนนอนไม่หลับ จากเหตุการณ์ดังกล่าว อสม. ตัดสินใจช่วยเหลือในเบื้องต้นอย่างไร แล้วนำ ประสบการณ์ที่พบเจอมาแบ่งปันให้ อสม. ท่านอื่น ๆ ในกลุ่มฟังและช่วยกันนำเหตุการณ์นั้นมาวิเคราะห์ถึง การช่วยเหลือเบื้องต้น

4) กิจกรรม อสม. นำไปใช้ คือ อสม. สามารถคิดวิธีแก้ไขปัญหาและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยได้ฝึก ทักษะเทคนิคการนำไปใช้ จากการคิดวิเคราะห์และมีจุดยืนแล้ว อสม. ก็จะสามารถนำสิ่งที่ตัดสินใจหรือจุดยืนของ ตนเองนำไปปฏิบัติได้จริง โดยผู้วิจัยได้สมมติเหตุการณ์ให้กับ อสม. เพื่อให้ อสม. วิเคราะห์ว่า หากพบเหตุการณ์ ดังกล่าวจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมมาใช้ได้จริงหรือไม่ โดยได้นำเทคนิคแนวคิดทฤษฎี

การเรียนรู้จากประสบการณ์การเรียนรู้ขั้นการประยุกต์ใช้ความรู้ (active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแนวคิดและหลักการต่าง ๆ ที่สรุปได้แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริง เพื่อแก้ปัญหาและเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ต่อไป

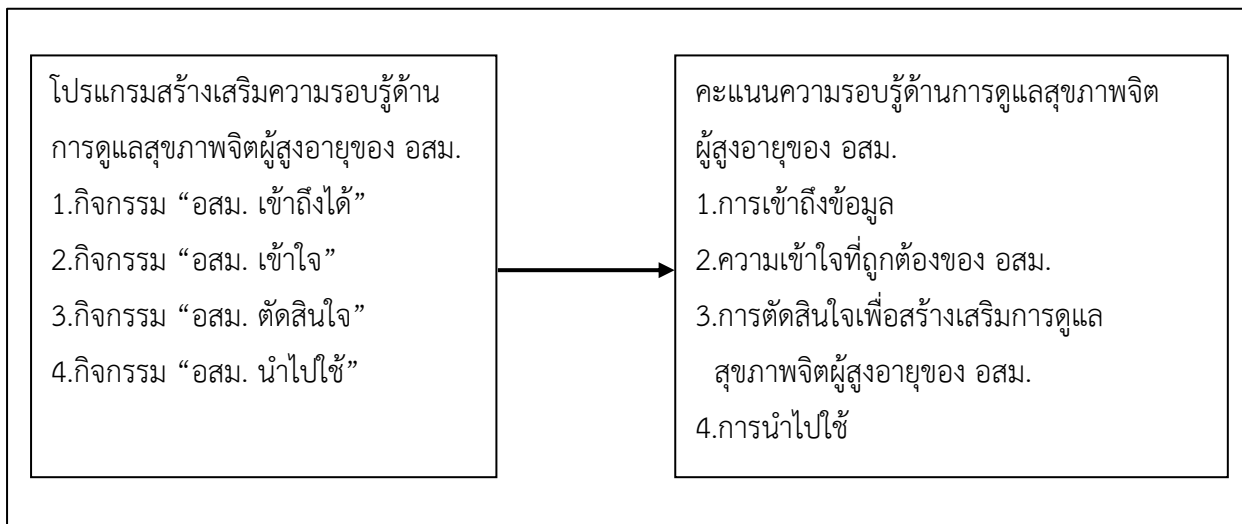
โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ชุดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองปทุมธานี โดยผู้วิจัยใช้เทคนิควิธีการบรรยาย ใช้สื่อวีดิทัศน์ การสะท้อนคิด การสนทนากลุ่ม บทบาทสมมติ ในสถานการณ์ ดังนี้ 1) อสม. เข้าถึง 2) อสม. เข้าใจ 3) อสม. ตัดสินใจ 4) อสม. นำไปใช้ โดยใช้ระยะเวลาทำกิจกรรม 4 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ คิดเป็น 8 ชั่วโมง และติดตามผลหลังจากยุติกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการพัฒนาบุคคลากรของหน่วยงานตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ภาพประกอบ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบแผนการวิจัยมีการวัดก่อน-หลัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างสมัครเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน และมีการวัดตัวแปรตาม 2 ครั้ง คือวัดก่อนการทดลองและวัดหลังการทดลองสิ้นสุดลง 1 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง

บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ในชุมชนของตำบลบางปรอก จังหวัดปทุมธานีและเขตเทศบาลท่าโขลง พร้อมสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ขนาดตัวอย่างได้มาจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันได้ โดยค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของ Petburi (2016) หลังแทนค่าสูตรแล้วพบว่า ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายจับฉลากตำบลเข้ากลุ่มทดลอง 60 คน และเข้ากลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากในการเลือก อสม. แต่ละชุมชนของตำบลบางปรอก เทศบาลปทุมธานีและเทศบาลท่าโขลง จนมีจำนวนอสม. ครบขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้แต่ละชุมชนและเก็บข้อมูลของ อสม. ทุกรายในชุมชนที่สุ่มเลือกได้ ในกลุ่มเปรียบเทียบได้มีการควบคุมดูแลตามปกติในระยะเวลาที่ผู้ศึกษาได้ทำโปรแกรมร่วมกับกลุ่มทดลองและในช่วงระยะเวลาที่ได้มีการจัดกิจกรรมโปรแกรม

ข้อพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัยที่ 030/2562 ได้รับอนุมัติวันที่ 24 พฤษภาคม 2562 และได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ข้อมูลทั่วไปของ อสม. และแบบประเมินความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านโดยผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีค่า IOC อยู่ระหว่างเท่ากับ 1.00 ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. 4 ด้าน มีค่า IOC ดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล 2) ด้านการตัดสินใจ 3) ด้านการนำไปใช้ เท่ากับ 1.00 และ 4) ด้านการเข้าใจข้อมูล เท่ากับ 0.67 และได้ทำการตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการ tryout กับกลุ่ม อสม. จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลสุขภาพตำบลบางคูหลวงด้วย Cronbach's Alpha Coefficient ของรายละเอียดองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง 0.82-0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและทดลองด้วยสถิติ Paired t-test
- 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 90.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 และมีอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.0

ตาราง 1

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงของ อสม.

ระดับความรอบรู้	กลุ่มทดลอง (n=60)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=60)			
	\bar{x}	SD	t	p	\bar{x}	SD	t	p
การเข้าถึงข้อมูล			-9.18	<0.001			2.80	0.007
-ก่อนทดลอง	17.25	6.48			16.02	5.63		
-หลังทดลอง	25.63	4.29			15.58	5.97		
การเข้าใจข้อมูล			-5.06	<0.001			-1.42	0.159
-ก่อนทดลอง	6.72	1.66			6.72	1.66		
-หลังทดลอง	8.05	1.76			6.75	1.68		
การตัดสินใจข้อมูล			-10.79	0.057			-1.18	0.243
-ก่อนทดลอง	9.33	3.41			9.27	3.42		
-หลังทดลอง	15.53	2.87			9.57	3.07		
การนำไปใช้ข้อมูล			-11.62	0.016			-0.81	0.421
-ก่อนทดลอง	8.35	3.58			8.12	3.86		
-หลังทดลอง	14.53	2.81			7.88	3.62		

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแล

สุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Arahung (2017) ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Niamuenwai (2018) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันด้านองค์ประกอบทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงสามารถสรุปได้ว่า ผลการทดลองโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 และ ข้อที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ทั้ง 4 ด้าน โดยแสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทดลอง รวมทั้งผลจากการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยประยุกต์แนวคิดของ Sorensen et al. (2012) มาใช้ โดยแยกเป็นประเด็นดังนี้

ด้านการเข้าถึงข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เมื่อผู้วิจัยวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า อสม. มีระดับความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับดีมากเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Niamuenwai (2018) ที่พบว่าในกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง มีความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แต่การศึกษานี้ได้ทำกิจกรรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของผู้วิจัยที่ทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ แต่ผลลัพธ์ที่ได้ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะกระบวนการที่แตกต่างกัน ในส่วนของการศึกษาของผู้วิจัย ได้มีกระบวนการในการสาธิตให้ทำทันที ระหว่างมีการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะในการเข้าถึงข้อมูล และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือประเด็นซักถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันทีหรือหลังร่วมกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างยังมีข้อสงสัยหรือประเด็นซักถามยังสามารถสอบถามผู้วิจัยโดยผ่านช่องทางไลน์ได้

ด้านการเข้าใจข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านการเข้าใจข้อมูลมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$

0.001) ภายหลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้กลับมาวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. โดยใช้แบบสอบถามเดิม พบว่า อสม. มีระดับความรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับถูกต้องสูง เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่เชื่อว่าการจะไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) รวมทั้งการพัฒนาทักษะในระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ซึ่งมีความสำคัญต่อการกำหนดขอบเขตของเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสุศึกษาและการสื่อสาร อันเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ต้องมีแค่สร้างการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพระดับบุคคลเท่านั้น แต่จะต้องมุ่งสร้างความตระหนักถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับสังคม และพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านั้นด้วย

ด้านการตัดสินใจข้อมูล

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านการตัดสินใจข้อมูลมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ภายหลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้กลับมาวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามเดิม พบว่า อสม. มีระดับความรู้ด้านการตัดสินใจข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lumrod et al. (2019) ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเหลือผู้หิรั จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่าในด้านการตัดสินใจข้อมูลของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้หิรัสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งหลังทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า หลังทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้หิรัมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งได้มีการจัดกิจกรรม 4 กิจกรรม 4 สัปดาห์ เหมือนการศึกษาของผู้วิจัยที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 4 กิจกรรมใช้เวลา 4 สัปดาห์เช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thipnet (2013) ที่พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนด้านการตัดสินใจสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านการนำไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการนำไปใช้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ภายหลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้กลับมาวัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามเดิม พบว่า อสม. มีระดับความรู้ด้านการนำไปใช้ข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการนำไปใช้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thipnet (2013) พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนด้านการนำไปใช้สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. การทำกิจกรรมร่วมกันโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยกระตุ้นให้เกิดการฝึกคิดแก้ปัญหาจากสถานการณ์และเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้ อสม. สนใจกิจกรรมมากขึ้นมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นโดยใช้สื่อ ได้แก่ คลิป วิดีโอ การพูด การเขียน และการแสดงบทบาทสมมติเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง จึงส่งผลให้ อสม. มีปฏิสัมพันธ์กัน แสดงความคิดเห็น เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด โดยทั้ง 4 กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ทั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อสม. ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “อสม. เข้าถึงได้” กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการเข้าหาที่ทำให้ผู้ส่งสารเข้าถึงผู้รับสารได้อย่างเหมาะสมและการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และระบบอินเทอร์เน็ต โดยผ่านการบรรยายและสาธิตการเข้าถึงข้อมูล เนื่องจากการสื่อสารเป็นปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. โดย อสม. ให้ข้อมูลระหว่างทำกิจกรรมว่า “บางครั้งเวลาลงไปเยี่ยมบ้านแล้วเจอผู้สูงอายุ ที่ไม่ค่อยให้การต้อนรับหรือให้ความร่วมมือ ก็จะไม่คัดกรองและไม่เข้าไปพูดคุยเลยนะ ก็เข้าไปบ้านหลังอื่นเลยจ๊ะ” “เจอยายเขาทำหน้าบึ้งตึงใส่ก็เดินข้ามบ้านหลังนั้นไปเลยจ๊ะ ไม่กล้าเข้าไปพูดคุยด้วย” ซึ่งทำให้เห็นว่าการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของ อสม. ยังมีไม่เพียงพอ และเมื่อพูดคุยในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลในเรื่องสุขภาพจิต อสม. ส่วนใหญ่จะระบุว่า “ทุกครั้งเวลาจะคัดกรองก็ต้องไปขอแบบทดสอบสุขภาพจิตจาก รพ.สต. และเมื่อทดลองเสร็จก็จะไม่ทราบผลทันที ต้องรอเจ้าหน้าที่มาบอกผลในตอนประชุมประจำเดือน ซึ่งมันนานไป” แต่หลัง อสม. ได้เข้าร่วมโปรแกรมและมีการสาธิตการเข้าถึงข้อมูลโดยสาธิตการทำแบบทดสอบออนไลน์และทราบผลการทดสอบได้ทันที โดยหลังผลการทดสอบออนไลน์ อสม. ก็จะสามารถรับคำแนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ซึ่งสามารถเพิ่มความรอบรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูลของ อสม. ได้ และ อสม. ยังสามารถนำกิจกรรมนี้ไปบอกต่อญาติที่ดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้รอบรู้ทางสุขภาพในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 “อสม. เข้าใจ” กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเน้นการให้ความรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และความเข้าใจในอาการและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต และทำให้ อสม. เข้าใจปัจจัยในบริบทของสังคมภาวะแวดล้อมในชุมชนของตนเองมากยิ่งขึ้นเพื่อสามารถเข้าใจกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนตัวเองได้มากยิ่งขึ้นว่าบริบทของชุมชนสามารถส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างไร และสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ เพราะจากการพูดคุย อสม. ระหว่างทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ได้ระบุว่า “ก็ไม่ค่อยเข้าใจอาการของโรคนี้มากเท่าไร” “ก็ 모르 หรือว่ามันรุนแรงถึงขั้นไหนได้บ้าง เพราะคิดว่าเป็นแค่โรคทางอารมณ์ของคนแก่เฉย ๆ” “คิดว่าบริบทของชุมชนไม่น่าจะเกี่ยวข้อง เพราะก็ดูไม่ค่อยออกว่าจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านไหนบ้าง” “บางครั้งเวลามีหมอมารอบรมให้ ก็ฟังไม่เข้าใจคำศัพท์หมอเท่าไรเลย” ซึ่งทำให้เห็นว่าการเข้าใจกลุ่มเป้าหมายของ อสม. ยังมีไม่เพียงพอ แต่หลัง อสม. ได้เข้าร่วมโปรแกรมและมีการให้ความรู้ และช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์บริบทในพื้นที่ตนเองและสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ ซึ่งสามารถเพิ่มความรอบรู้ในด้านการเข้าใจข้อมูลของ อสม. และ อสม.

ยังสามารถนำกิจกรรมนี้ไปบอกต่อญาติที่ดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่อง การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Indhraratana (2014) ที่พบว่า การสื่อสารทางวาจา ควรใช้ การสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำพูดที่เรียบง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์ หาก จำเป็นต้องใช้ควรอธิบายให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนพูดอย่างชัดเจน ใช้จังหวะความเร็วปานกลาง จำกัดจำนวน ของข้อมูลในแต่ละครั้งของการสนทนาแค่ 2-3 ประเด็นที่สำคัญ และเน้นข้อมูลที่ปฏิบัติจริง รวมทั้งมีการตรวจสอบ ความเข้าใจของผู้รับบริการโดยใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach-back) โดยให้ผู้รับบริการอธิบายสิ่งที่ได้รับ คำแนะนำด้วยคำพูดของผู้รับบริการตั้งคำถามเป็นปลายเปิด เช่น “กรุณาอธิบายว่าท่านเข้าใจในเรื่องนี้อย่างไร?”

กิจกรรมที่ 3 “อสม. ตัดสินใจ” กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเน้นทักษะในการตัดสินใจต่อข้อมูลโดยฝึกให้ อสม. สามารถระบุปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุและประเมินทางเลือกตามสถานการณ์ เพราะจากการพูดคุย อสม. ระหว่าง ทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ได้ระบุว่า “เวลาเจอสถานการณ์ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ลงเยี่ยมบ้าน ไม่รู้จะต้องทำอะไรก่อน” “ก็จะเดินเลี้ยวเพราะไม่รู้จะช่วยยังไง” ซึ่งทำให้เห็นว่าการตัดสินใจต่อข้อมูล ของ อสม. ยังมีไม่เพียงพอ แต่หลัง อสม. ได้เข้าร่วมโปรแกรมและให้ความรู้ในเรื่องการคิดอย่างมีระบบ และช่วยกันวิเคราะห์และสามารถระบุปัญหา ต่าง ๆ จึงทำให้เกิดกระบวนการความคิดอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถเพิ่มความรอบรู้ในด้านการตัดสินใจ ข้อมูลของ อสม. ได้ และ อสม. ยังสามารถนำกิจกรรมนี้ไปบอกต่อญาติที่ดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่องการตัดสินใจข้อมูลสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 “อสม. นำไปใช้” กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเน้นสร้างความมั่นใจในการนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ เพราะจากการพูดคุย อสม. ระหว่างทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ได้ระบุว่า “ไม่ค่อยมั่นใจในการนำวิธีที่คิดไปใช้เลย” “บางทีตัดสินใจแล้วแต่ไม่กล้านำไปใช้” ซึ่งทำให้เห็นว่าการนำไปใช้ของ อสม. ยังมีไม่เพียงพอ แต่หลัง อสม. ได้เข้าร่วม โปรแกรมและมีการให้ความรู้และฝึกความมั่นใจในการนำไปใช้โดยการแบ่งกลุ่มและให้ช่วยกันคิดวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียของวิธีการนำไปใช้และฝึกแสดงจุดยืนในการนำไปใช้ ซึ่งสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านการนำไปใช้ของ อสม. ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ได้ สรุปได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความ รอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งออกแบบเพื่อ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ในด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตัดสินใจข้อมูล และการนำไปใช้ประยุกต์ใช้ร่วมกับการเรียนรู้ จากประสบการณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. ผลลัพธ์ที่ได้คือ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม แนวคิดนี้สอดคล้องกับ Imel (Nutbeam, 2008) ที่เชื่อว่าการกำหนดกลวิธีทางสุขภาพและการสื่อสาร ของบุคลากรสาธารณสุข ควรจะต้องมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างเสริมประสบการณ์ และจงใจให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ มากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และยังคงจำเป็นต้องอาศัยการทบทวนและการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) อยู่เป็นระยะ เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถจดจำ มีทักษะในการอ่านข้อมูลทาง การแพทย์และซักถามให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน สามารถขอคำแนะนำเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ ปฏิบัติให้เหมาะสมได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ได้กล่าวถึงผู้ที่ได้รับการพัฒนาความรอบ

รู้ทางสุขภาพให้ดีขึ้นแล้วว่า จะมีทักษะความสามารถที่จะแสดงออกถึงการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งรวมไปถึง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย และการศึกษาของ Bonwell and Eison (1991) พบว่าการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (experiential learning) รวมทั้งได้ฝึกทักษะทางปัญญา (cognitive skills) ในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าของ ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์เพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จนสามารถตัดสินใจเลือกที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองต่อไปอีก ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Stormacq et al. (2016) ที่กล่าวถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นกลุ่มทักษะเสริม (complementary skills) และเป็นสมรรถนะ (competency) ที่สามารถสร้างหรือพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นมีการใช้เทคนิค/วิธีการสอน (teaching method) ที่หลากหลาย ได้แก่ การสาธิต (demonstration) การฝึกกลุ่มย่อย (small-group exercises) การทวนความเข้าใจ (teach-back method) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) การสะท้อนคิด (reflective thinking technique) การใช้ตัวแบบ (modeling) และการแสดงบทบาทสมมติ (role playing)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่เป็นลักษณะพื้นที่กึ่งชนบท

2) การประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้กับญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเน้นพัฒนาความรอบรู้ทางด้านทักษะในด้านการเข้าใจ เข้าถึง การตัดสินใจและการนำไปใช้

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการจัดการอบรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงอยู่ของผลคะแนนความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ผลการศึกษานี้เป็นบริบทของพื้นที่เมืองกึ่งชนบท จึงควรมีการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่นั้น ๆ

2) ควรมีการติดตามผลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หลังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- Arahung, R. (2017). *Phon khōng prokrēm kān songcēm khwām rōprū dān sukkhaphāp tō phruttkamkān pōngkan rōk khwām dan lohīt sūng samrap klum sīang rōk khwām dan lohīt sūng thī chumchon hāng nung nai chāngwat Nakhōn Pathom* [The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province] (Master's thesis). University Christian of Thailand, Nakhonpathom.
- Bureau of Mental Health Promotion and Development. (2017). *Nāothāng kāndamnān ngān songcēm sukkhaphāp chīt lāe pōngkan panhā sukkhaphāp chīt nai phūsūng 'āyu samrap rōngphayābān chumchon lāe rōngphayābān songcēm sukkhaphāp radap tambon* [Guidelines for Mental Health Promotion and Prevention of Mental Health Problems in the Elderly for Community Hospitals and Sub-District Health Promotion Hospitals]. Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
<http://164.115.41.179/promote/sites/default/files/sites/default/files/sw/2560.pdf>
- Bonwell, C., & Eison, J. (1991). *Active Learning: Creating Excitement in the Classroom*. The George Washington University, School of Education and Human Development.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED336049.pdf>
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2017). *Sathānakān phū sūng 'āyu Thai po so 2559* [Situation of the Thai Elderly 2016].
http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf
- Indhraratana, A. (2014). Khwām chalāt thāng sukkhaphāp khōng phū prakōp wichāchīp dān sukkhaphāp [Health literacy of health professionals]. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 53-58.
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice Hall.
- Lumrod, N., Kalampakorn, S., & Sillabuttra, J. (2019). *Phon khōng prokrēm kānphatthana sakkayaphāp 'āsāsamak sathāranasuk mūbān tō khwām rōprū dān sukkhaphāp nai kān chuāi lāek burī chāngwat Pathum Thānī* [The effect of a village health volunteer capacity development program on health literacy in smoking cessation aid in Pathum Thani province]. *Journal of Health Science Research*, 13(1), 84-94.
- Muijeen, K. (2015). *Patchai thī mī phon tō radap sukkhaphāp chīt khōng phū sūng 'āyu* [Determinants of mental health among aging]. *Journal of Science and Technology*, 23(2), 307-318.

- Nammontri, O. (2018). *Khwām rōprū dān sukkhaphāp* [Health literacy]. *Journal of the Good Governance*, 29(1), 122-128.
- Niamuenwai, A. (2018). *Prasitthiphon khōng prokrēm kānphatthanā khwām rōprū dān sukkhaphāp læ phruttkam sukkhaphāp sām A. sōng . khōng ‘āsāsamak sāthāranasuk pračham mūbān nak čatkān sukkhaphāp chumchon ‘amphœ bān lūam čangwat Nakhōn Rāčhasīma* [Effectiveness of the program to develop health literacy and health behavior 3A. 2S. of village health volunteers, community health managers Ban Lueam District Nakhon Ratchasima Province]. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 4(2), 35-76.
- Noppakraw, J. (2017). *Khwām rōprū dān sukkhaphāp læ kānčhatkān ton ‘ēng nai phū sūng ‘āyu thī pen rōk baowan chait thī sōng* [Health understanding and self-management in the elderly with type 2 contagious disease] (Master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Petburi, P. (2016). *Phon khōng prokrēm kān sanapsanun thāng sangkhom tō phāwa sukkhaphāp čit khōng phūsūng ‘āyu* [The effect of a social support program on the mental health of the elderly] (Master's thesis). Thammasat University, Bangkok.
- Rueangput, P., & Jitbantad, W. (2013). *Khwāmrū læ kān patibat ngān khōng ‘āsāsamak sāthāranasuk pračham mūbān nai kāndulæ phū phikān nai chumchon: Kōrani suksā chumchon nā khīan tambon nā khīan ‘amphœ mūang čangwat nakhōn sī tham rat* [Village health volunteers' knowledge and performance in the care of people with disabilities: A case study of Nakean community, Muang Nakhon Si Thammarat]. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(2), 32-43.
- Sangkhiw-ngam, S. (2016). *Patchai thī samphan kap phāwa sumsao nai phū sūng ‘āyu thī pen rōk mai tittō rūarāng thīmā chai bōrikān nai rōngphayābān songsoēm sukkhaphāp tambon bung khā phroī mū sip ‘et ‘amphœ la lūk kā čangwat Pathum Thānī* [Factors Relating to Depression in Elderly People with Chronic Noncommunicable Disease Use Services at Health Promotion Hospitals Bueng Kap Roi Subdistrict, Village No. 11, La Luk Ka District, Pathum Thani Province]. <https://www.western.ac.th/images/NurseW/RESEARCHPROJECT/2559/depress-elder06.pdf>

- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Stormacq, C., Stormacq J., & Broucke, S., (2016). The effectiveness of health literac interventions on health-related outcomes among socioeconomically disadvantaged adults living in the community: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 14(2), 49-63.
- Tanasugarn, C. (2017). *Khwām rōprū dān sukkhaphāp* [Health Literacy]. http://doh.hpc.go.th/data/HL/HLO_chanuanthong.pdf
- Thipnet, A. (2013). *Prasitthiphon khōng prokrēm sukksuksā phūā phatthanā khwāmru dān sukkhaphāp rūāng yāseptit samrap nakriān chan prathomsuksā pi thi hok rōngriān sathit hāng mahāwitthayālai kasetāt sūn wichai læ phatthanākān suksā* [The effectiveness of health education program for developing health knowledge on drugs for prathom suksa 6 students, Kasetsart University Demonstration School, Educational Research and Development Center] (Master's thesis). Kasetsart University, Bangkok.

