



การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการ
เลือกใช้ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Development of the Health Literacy Enhancing Program for the
Elderly in Terms of Medications and Health Products Usage in the
Northeastern Elderly Schools.

โดย

ภญ.ธารินี ศรีศักดิ์นอก

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ได้รับการสนับสนุนมูลนิธิอาจารย์เกษม ปังศรีวงศ์

ประจำปีงบประมาณ 2566

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการได้รับความร่วมมือจากนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ อบต. และเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทุกแห่งที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ภก.เมธิน ผดุงกิจ ผศ.ดร.ภญ.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ ผศ.ดร.นงเยาว์ มีเทียน ผศ.ดร.อุไร จำปาอะดี และผศ.ดร.ภญ.สายทิพย์ สุทธิรักษาที่เป็นผู้ช่วยชาญ ตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ฯ คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิอาจารย์เกษม บังศรีวงศ์ ประจำปีงบประมาณ 2566 ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม 2565 – มีนาคม 2566 โดยใช้กระบวนการ Plan - Act - Observe-Reflect (P-A-O-R) แบ่งเป็น 3 ระยะ ผลการวิจัยพบว่าระยะที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุ 1285 ราย มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 50%ของคะแนนทั้งหมด) การวิเคราะห์ที่ละหลายตัวแปร พบว่า การพักอาศัยในเขตชนบท และ ความสามารถใช้โทรศัพท์มือถือที่คล่องแคล่วเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต่ำ ระยะที่ 2) การจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ต. “ต้อง ตรวจ ตัด” ได้ทดลองในกลุ่ม tryout พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะที่ 3 แบ่งเป็น 4 กลุ่มกลุ่มละ 45 คน พบว่า คะแนนกลุ่มที่วัดผลก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มไม่ได้วัดผลก่อนรับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมในทุกด้าน ($p < .001$) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\geq 75\%$) มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และด้านความสอดคล้องของโปรแกรม พบว่าอยู่ในระดับสูง ด้านคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ กิจกรรมมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยตรง และสามารถแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพ

สรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ออกแบบให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลที่ดี ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงหรือสามารถบอกต่อ เกี่ยวกับเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้มากยิ่งขึ้น

Abstract

The purpose of this action research was to develop a program for the elderly in terms of medications and health products usage in the Northeastern elderly schools. This research was conducted during March 2022 March 2023 using the Plan - Action - Observe-Reflect process (P-A-O-R), divided into 3 phases. The results of the research revealed that in Phase 1, 1,285 elderly people had a low level of health literacy in medication and health product usage (less than 50% of the total score). Factors affecting to low health literacy in medications and health products usage, were living in rural and using capability smartphone. Phase 2) Creating a program to promote health literacy 3 T. "Tong Tuad Tad" (Must Check, Decide) In the tryout group, it was found that the average knowledge score was increased statistically significantly ($p < .001$). Phase 3) It was divided into 4 groups; each group consists of 45 people. It was found that the score of the group measured before receiving the program and the group did not measure the results before accepting the program there was no difference. The groups receiving the program had the significant increased scores statistically ($p < .001$). When comparing each aspect, it was found that the group receiving the program had higher average scores than the group without the program in all aspects ($p < .001$). The group with health literacy was at a high level ($\geq 75\%$). The aspect with the highest score was a decision-making skills in drug selection. Behaviorally, it was found that the group receiving the program had higher scores than the group that did not receive all items ($p < .001$). Overall satisfaction with the training was at a very good level which gained more knowledge and understanding. It can be used to take care of their own health. The consistency of the program was found to be at a high level. The highest average score was the activities that are consistent in line with current issues of the elderly, direct beneficial to the target group and being able to solve problems / promote health.

In conclusion, the findings of this study shown that the health literacy programs in selecting medicines and health products were designed in line with the elderly, with good productive, and the elderly people had more knowledge. They can be put into practice or share health literacy about selecting medicines and health products with the others correctly and more appropriately.

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญ	ง
บัญชีตาราง	จ
บัญชีภาพประกอบ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	17
บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน	40
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	111
โพสต์ขอบคุณมูลนิธิอาจารย์เกษม ปังศรีวงศ์ ในเฟสบุ๊ก โดยเปิดเป็นสาธารณะ	112
เครื่องมือที่ใช้	113
ประวัติย่อผู้วิจัย	119
งบประมาณ	120

บัญชีตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	40
ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจำแนกรายด้าน	42
ตารางที่ 3: วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	43
ตารางที่ 4: การวิเคราะห์ที่ละหลายตัวแปร	44
ตารางที่ 5 โปรแกรม 3 ต. “ต้อง ตรวจ ตัด”	64
ตารางที่ 6 ตารางแสดงกระบวนการทดลอง Solomon four group	69
ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	70
ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ	72
ตารางที่ 9 ตาราง 2 X2 เพื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (posttest score)	73
ตารางที่ 10 ผลลัพธ์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ	73
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน	74
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านหลังการทดลอง	75
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านหลังการทดลอง	77
ตารางที่ 13 ความพึงพอใจของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	77
ตารางที่ 14 ความสอดคล้องของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	78

บัญชีภาพประกอบ

เรื่อง

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบการวิจัยแบบ Participatory Action Research	6
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	16
ภาพที่ 3 รูปแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน	25
ภาพที่ 4 โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ	68

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

การแพทย์ในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้นเรื่อย ๆ โดย ในปี พ.ศ. 2561 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 990 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลก ส่วนประเทศในกลุ่มสมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรืออาเซียน (The Association of South East Asian Nations – ASEAN) มีจำนวนผู้สูงอายุ 67 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากร (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute 2021) ในประเทศไทย มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยมีร้อยละ 11.3 ในปี พ.ศ. 2553 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.73 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด จำนวนผู้สูงอายุ ในปี 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 3,386,349 คน โดยเป็นเพศหญิง 1,852,141 คน และเป็นเพศชาย 1,534,208 คน คิดเป็นร้อยละ 18.9 ของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อแบ่งตามเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนสูงสุดโดยมีจำนวน 1,089,421 คน (Department of older Persons, 2520) และประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2564 จะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” และในปี พ.ศ.2574 ผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดซึ่งจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute 2021) นอกจากนี้ ด้วยประสิทธิภาพของการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว แต่ด้วยความเสื่อมตามวัย การมีโรคประจำตัวเรื้อรังและวิถีชีวิตที่ลูกหลานต้องออกไปทำงาน ทำให้อัตราส่วนของการพึ่งพิงมากขึ้น โดยผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 79.50 ติดบ้านร้อยละ 19.00 และติดเตียงร้อยละ 1.5 ส่งผลต่อการจัดการระบบสวัสดิการ และการประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ การบริการทางด้านสุขภาพอนามัยและการดูแลผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพและการดูแลสุขภาพสูงขึ้นตามไปด้วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2557)

ผู้สูงอายุ มักมีปัญหาในด้านความจำและความสามารถทางการคิด ทำให้ไม่สามารถค้นหาตรวจสอบ คัดกรองหรือนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจได้ จึงเกิดความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) และพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะเจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า มีการใช้บริการการรักษาฉุกเฉินมากกว่า มีความสามารถ

ในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าและสถานนะทางสุขภาพโดยรวมแย่กว่าคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011) และปัญหาที่สำคัญ คือ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งถูกยกระดับให้เป็นปัญหาระดับนานาชาติ ทำให้มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) เนื่องจากการสั่งจ่ายยา การกระจายยา การขายยา และการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับการรักษาโรคของผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาในระดับบุคคล จนทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาในระดับชุมชนได้ เช่น ได้รับยาหลายขนาน ยาเหลือใช้ ยาขยะ การใช้บริการด้านยาจากหลายแหล่ง การดื้อยา การใช้ยารักษาตนเองโดยซื้อยาจากแหล่งที่ไม่เหมาะสม เช่น จากระถัง ตลาดนัด ร้านชำ หรือจากสังคมออนไลน์ต่างๆ จนเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆตามมา อีกทั้งผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความสับสนในการตัดสินใจทางสุขภาพที่มีข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย มีเครือข่ายโฆษณาทางคลื่นวิทยุ โทรทัศน์ เฟสบุ๊คที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย มีผู้ประกาศ พิธีกร ดีเจหรือดาราที่เป็นที่รู้จักและคุ้นเคยมาเป็นนางแบบนายแบบโฆษณา ทำให้เกิดความไว้วางใจ มีการบอกเล่าประสบการณ์ใช้ยาที่โอ้อวดสรรพคุณเกินความเป็นจริง อีกทั้งวัฒนธรรมผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมฟังหมอลำ ก็จะมีการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพสลับกับการเปิดหมอลำ ทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาตนเองและครอบครัวเพื่อให้สุขภาพดีในรายที่ยังไม่เกิดความเจ็บป่วย และใช้ในการรักษาโรคในรายที่มีความเจ็บป่วย (ศุภชัย แพงคำไหล, 2562) โดยในปี พ.ศ. 2562 (ไตรมาสที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2562) พบการร้องเรียนอันดับ 1 คือหมวด อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาเกินจริง ร้อยละ 32.20 ซึ่งมีการแสดงสรรพคุณอันเป็นเท็จ ทำให้หลงเชื่อ โดยผลิตภัณฑ์ที่พบมากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เนื่องจากการซื้อผ่านออนไลน์ ไม่ผ่านการตรวจสอบ ทำให้บางครั้งอาจจะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายได้ (มูลนิธิเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค, 2562)

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยเป็นยุทธศาสตร์สำคัญด้านยาของประเทศ ในกระบวนการที่จะดูแลส่งเสริมการใช้ยาให้สมเหตุผล ซึ่งในปีพ.ศ. 2560 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติของประเทศไทย ได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมีพันธกิจข้อ 4 ในการเสริมสร้างระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล ชุมชนรวมทั้งภาคเกษตรกร และมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบกลไกเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (กระทรวงสาธารณสุข) และข้อเสนอของสภาปฏิรูปสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561- 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ได้กำหนดให้มีแผนและวิธีการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ในข้อที่ 10 เรื่อง การจัดทำมีการสำรวจเพื่อกำกับติดตาม สะท้อนภาพความก้าวหน้าและความสำเร็จ ในการทำงานด้านความรู้ด้านสุขภาพของทุกหน่วยงานโดยดูการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มประชาชนในกลุ่มต่างๆ หรือทั้งประเทศในเรื่องต่อไปนี้ทุก 3 ปีหรือ 5 ปี ใน 3 เรื่องหลัก ๆ คือ 1)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ (National Health Examination Survey) และกรอบการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขระยะยาว (20 ปี) โดย Roadmap เป้าประสงค์ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0 ให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้สุขภาพภายในปี 2579 (Health Literacy Thai Society by 2036) โดยให้เกิด “Smart elderly citizen: ผู้สูงอายุไทย หลักชัยของสังคม” (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 55 (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) ได้บัญญัติว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 (The 2030 Agenda for Sustainable Development) (WHO, 2015) ทำให้เห็นชัดเจนว่าชีวิตที่มีสุขภาพดีและสิทธิในการมีสุขภาพดีไม่ได้เริ่มต้นหรือสิ้นสุดในช่วงอายุใด แต่ต้องใช้ได้กับทุกวัยหากจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประชากรวัยสูงอายุที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเกือบทุกประเทศ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้เป็นประวัตินิติการณ์และจะส่งผลกระทบต่อเกือบทุกด้านของสังคม ภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากร 5 คน จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1 คน รวมเป็น 2 พันล้านคนทั่วโลก (WHO, 2015) ซึ่งกลยุทธ์ระดับโลก (global strategy) และแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพ (Action plan on ageing and health) มีวิสัยทัศน์ว่า โลกที่ทุกคนสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมสุขภาพส่วนหนึ่งในกลยุทธ์ที่สองในการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัย โดยมีแผนปฏิบัติการในปีคศ. 2016 – 2020 คือ ภายในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) กำหนดหลักฐานและความร่วมมือที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนทศวรรษแห่งการสูงวัยที่มีสุขภาพดีตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020 ถึงปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2017) ซึ่งการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพเป็นนโยบายเพื่อสร้างประชาชนให้มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ดังนั้น การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการเลือกใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพต่างๆที่จำเป็น จนนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพการเลือกใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวจนถึงชุมชนของตนเอง จึงเป็นนโยบายเร่งด่วนต่อการสร้างประชาชนให้มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับSDGs 2030 กลยุทธ์ระดับโลก แผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพ ยุทธศาสตร์ด้านยา และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขระยะยาว และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆทางการรับรู้ทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่จะทำให้เกิดความสามารถและกำหนดแรงจูงใจ ในระดับบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล

ข่าวสารในวิธีการต่างๆ และการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนให้ดีขึ้น (WHO, 1998) และกระทรวงสาธารณสุขได้ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลที่จะประเมิน กลั่นกรอง ตัดสินใจเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยนัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้มีการแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ระดับคือ 1. ระดับความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน (Functional literacy) คือการอ่านออกเขียนได้ 2. ระดับความรอบรู้ด้านปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy) คือการมีทักษะทางสังคมในการสื่อสาร และ 3. ระดับความรอบรู้ด้านวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) คือการใช้ทักษะในการวิเคราะห์ การประเมิน การประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของตน ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและดำรงรักษาสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน แต่จากข้อจำกัดด้านความสามารถของผู้สูงอายุในการใช้เทคโนโลยี การอ่าน การตีความการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่รอบด้าน และยังพบว่าอัตราการอ่านหนังสือลดลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยวัยสูงอายุอ่านเพียงร้อยละ 52.8 และมีเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีการอ่านได้ (ขวัญเมือง แก้วดำ & นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2558) ในปีพ.ศ. 2558 กองสุขศึกษาได้ทำการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ (ร้อยละ 47.1) รองลงมาในระดับไม่ดี (ร้อยละ 39.7) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 27.5) และระดับดีมาก (ร้อยละ 24.6) (Division of Health Education, 2018) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวอาจจะรุนแรงขึ้นเมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมในด้านต่างๆ แต่ยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นอย่างไร มีความเหมาะสมหรือไม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร และยังไม่มีการวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนั้น จึงทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2542-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2552) และพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (Ministry of Social Development and Human Security, 2003) ในมาตรา 11 ได้ ระบุว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การศาสนา ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น” ข้อเสนอเชิงนโยบายในเวทีการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2533 และพ.ศ. 2556 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนา ศักยภาพของ

บุคคลอย่างต่อเนื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ โดยโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อได้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุแล้วจากนั้นจึงนำไปพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองและถ่ายทอดแก่ผู้อื่นในประเด็นการเลือกใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

1.2 คำถามของการวิจัย

1.2.1 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านทางเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพฤติกรรมทางเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร

1.2.2 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

3. ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุไปใช้ได้อย่างไร

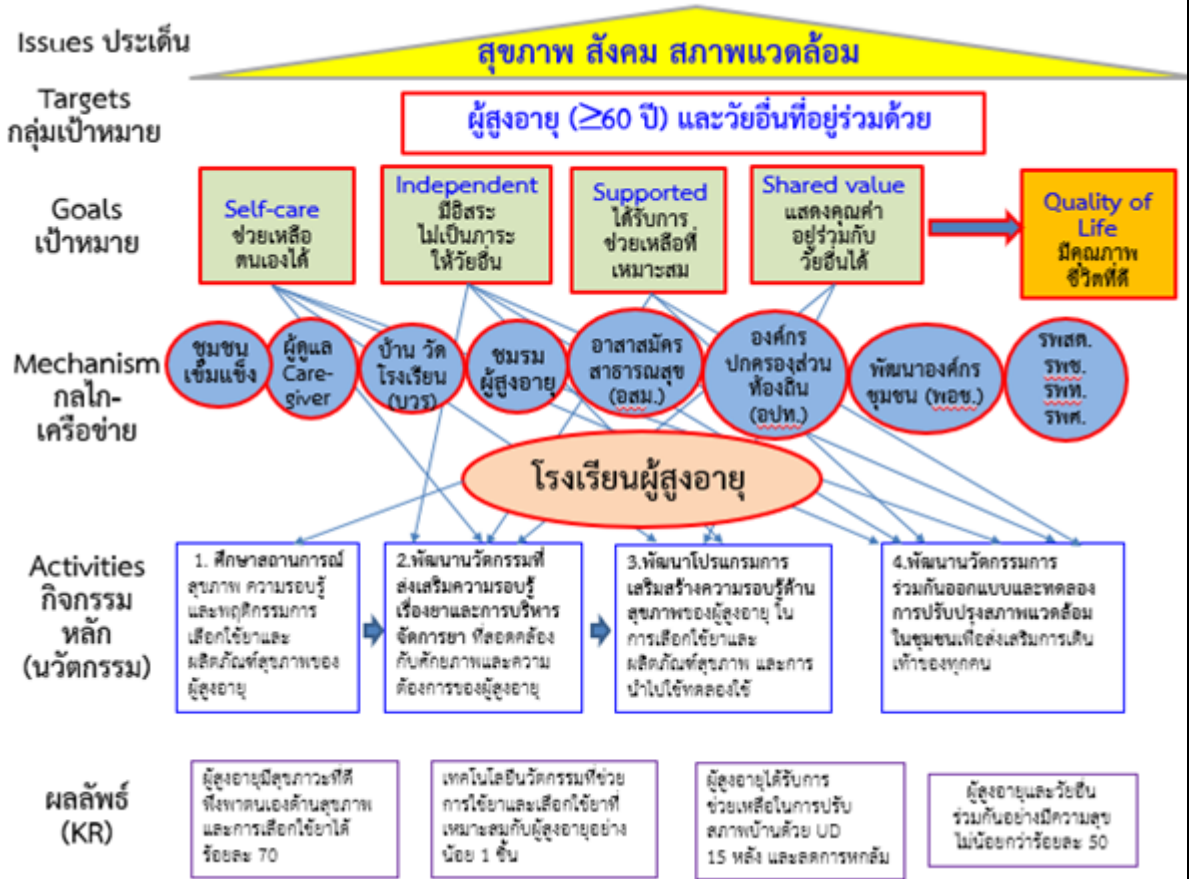
1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.3.2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.3.3 เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.4 กรอบการวิจัย/พัฒนา



รูปภาพ 1 : กรอบการวิจัยแบบ Participatory Action Research

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรงเรียนผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2542-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) และพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ได้ ระบุว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การศาสนา ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพที่เหมาะสม การ พัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น” ข้อเสนอเชิงนโยบายในเวทีการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2533 และ 2556 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนา ศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ เป็นประโยชน์ โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการ ศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็น โดยมีจิตอาสาเป็นวิทยากร หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ที่สั่งสมมาแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบทอดภูมิปัญญา โรงเรียนผู้สูงอายุมีรูปแบบและกิจกรรมที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ และความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมนั้นจะมีการกำหนดตารางไว้ชัดเจนในแต่ละสัปดาห์ ระยะเวลาเปิดเรียน อาจจะทำตลอดปี หรือเปิดเป็นช่วงเวลาในการจัดอบรม ส่วนใหญ่นั้นจะจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาตนเอง การดูแล คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม เพื่อสร้างศักยภาพ ภูมิปัญญาให้เป็นที่ประจักษ์และยอมรับ เพื่อให้ภูมิปัญญาดำรงสืบทอดต่อไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 53 ได้กำหนดเรื่องผู้สูงอายุไว้ว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550, 2550) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช 2546 มาตรา 11 ได้ระบุเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนในด้าน ต่างๆ เช่นการศึกษา การศาสนา ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการ

ดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นต้น” ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุดังนี้

1. เป็นแหล่งส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้วยกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเรียนรู้ที่หลากหลายที่สิ่งที้อาจจะไม่เคยได้ทำ และไม่เคยเข้าถึงทรัพยากรบางอย่างในวัยทำงาน
2. เป็นพื้นที่ของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะผู้คนในวัยเดียวกัน หากร่างกายไม่พร้อมในการเดินทาง ก็ได้มีโอกาสพูดคุย และคลายความรู้สึกวิตกกังวล ความตึงเครียด ความเหงา เป็นต้น
3. เป็นพื้นที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเอง โดยส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเป็นวิทยากรให้ภายนอก นอกจากยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุต่อสาธารณะแล้วยังเป็นการส่งเสริมคุณค่าในตัวเองให้กับผู้สูงอายุ
4. เป็นพื้นที่สุขภาพ เพราะการมีเพื่อนวัยเดียวกันจะนำไปสู่การกระตุ้นพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ มีกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ แต่ที่มักให้ความสนใจ คือ การให้ความรู้ เช่นการเรียนรู้ว่าการลงชื้อบนกระดาดปลา เสี่ยงต่อการถูกหลอกทำธุรกรรมทางกฎหมาย การให้ความรู้ในการใช้โทรศัพท์มือถือ การใช้คอมพิวเตอร์ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุได้รู้จักใช้เทคโนโลยี และเปิดโลกทัศน์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ กิจกรรมการศึกษาดูงานเป็นกิจกรรมที่เปิดโลกทัศน์ แม้ว่าการมีกิจกรรมที่ทำให้เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุ แต่ต้องคำนึงถึงการทำกิจกรรมประเภทใดที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เนื่องจากภายในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีความแตกต่างด้วยปัจจัยอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นคนชั้นกลางในเมืองอาจจะสนใจการออกกำลังกายและการท่องเที่ยว แต่ผู้สูงอายุในชนบทอาจจะสนใจกิจกรรมศาสนา แต่ไม่สนใจกิจกรรมการออกกำลังกาย และไม่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ การสร้างการมีส่วนร่วมและการคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการวางแผนที่ชัดเจนให้ความสำคัญกับคุณภาพของชีวิตและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และปัญญา ภายใต้การสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย การสื่อสารกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยต้องเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ เช่น เรื่องสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุในชนบทให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งการสื่อสารด้วยภาษาถิ่นจะช่วยสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเอง การส่งเสริมกิจกรรมที่หลากหลาย จะกลายเป็นทางเลือกของผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนสนใจ โดยไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมทุกกิจกรรม อีกทั้งการมีพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมที่หลากหลาย จะเป็นสิ่งที่ช่วยดึงดูดให้ผู้สูงอายุได้มีการเปิดโลกทัศน์ โดยให้เปลี่ยนบรรยากาศ เรียนต่างพื้นที่ ซึ่งอาจจะเป็นการศึกษาดู

งานนอกชุมชนหรือภายในชุมชน จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้อย่างมีความสุขมากกว่าการเรียนในห้องเรียน

2.2 แนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

องค์การอนามัยโลก (WHO,1998) ได้ให้คำนิยามของความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ที่จะทำให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีต่างๆ เพื่อบำรุงรักษาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของตนให้ดีอยู่เสมอ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีใช้เพียงเป็นความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพแล้วปฏิบัติตามเท่านั้น แต่เป็นการที่บุคคลต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีความสามารถใช้ข้อมูลนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่แสดงพลังอำนาจให้กับบุคคล และมีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ(literate) นำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพ และป้องกันโรค ให้มีคุณภาพที่ดีตลอดช่วงอายุ (Sorensen,2012)

ในประเทศไทย คำว่า “Health literacy” มีการแปลหลากหลายคำ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพะ” ส่วนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” หรือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง , นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ส่วนในงานวิจัยนี้ เลือกใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” แบ่งเป็น 2 มุมมองคือ

1) แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ทำให้บุคคลและบุคลากรสาธารณสุขมองเห็นจุดอ่อนหรือสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการในสื่อสาร การสร้างความตระหนักร่วมกันว่าหากไม่แก้ไขปรับปรุงปัจจัยนี้ ก็จะไม่สามารถคาดหวังสุขภาพให้ดีขึ้นได้

2) ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นสินทรัพย์ (Asset) ที่บุคคลมีอยู่ หรือมีการพัฒนาขึ้นจากกระบวนการต่างๆ เช่น การสื่อสาร การสุขศึกษา เป็นการสื่อสารให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดและแสดงถึงพลังอำนาจในตัวบุคคล มีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ ส่งผลให้เกิดผลดีต่อสุขภาพแนวคิดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น ควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความสามารถของตน (Self- efficacy) ตามช่วงวัย ภายใต้บริบทเฉพาะของความรู้สุขภาพที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในชีวิตประจำวัน (ขวัญเมือง, 2008)

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุ ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพสำหรับตัดสินใจในการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพในชีวิตประจำวัน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน

ส่งเสริม/บำรุงร่างกาย บำบัด บรรเทา รักษาอาการเจ็บป่วยหรือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต จึงมีการศึกษาระดับความรอบรู้ใน 6 หมวดได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) และ 6) การจัดการตนเอง (Self-management skill)

2.3 กระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (PAOR)

ตามแนวคิด Kemmis and MC tagart (1982) เสนอว่ามีกระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือกระบวนการ P-A-O-R ได้แก่

P-plan: การวางแผน

เป็นขั้นตอนของการวางแผนเป็นขั้นตอนการวิเคราะห์และสำรวจปัญหา หรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดยพิจารณาว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง และสิ่งนั้นเป็นปัญหาหรือไม่ หากมีหลายปัญหาควรจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นเลือกนวัตกรรมหรือวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ดังนี้ 1) การเลือกหัวข้อ/ปัญหาการวิจัย 2) การศึกษาค้นคว้าทฤษฎี 3) การกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย 4) การกำหนดตัวแปร/กรอบ/สมมติฐานการวิจัย 5) การกำหนดระเบียบวิธีวิจัย 6) การกำหนดวิธีการ/เครื่องมือในการวิจัย 7) การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 8) การเก็บรวบรวมข้อมูล 9) การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย 10) การเขียนรายงานการวิจัย

A-act: การปฏิบัติตามแผน

เป็นขั้นตอนปฏิบัติตามแผนโดยลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยนำเทคนิค หรือนวัตกรรมไปแก้ปัญหา หรือดำเนินการตามแผนที่ระบุไว้ในโครงการวิจัย

O-observe: การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการนำนวัตกรรมและวิธีการไปแก้ปัญหา หรือผลการเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นโดยใช้เครื่องมือวัดผล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

R-Reflect: เป็นการสะท้อนผล

เป็นการสะท้อนความคิดที่ได้จากข้อค้นพบที่อาจจะเป็นการนำเสนอหลักการใหม่ และเป็น การสะท้อนความคิดเห็นต่อการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ คุณค่าของผลวิจัยที่จะนำไปพัฒนา การพัฒนา กระบวนการและคุณภาพการวิจัย การนำไปใช้และการขยายผล การพัฒนากระบวนการเรียนการสอน และการพัฒนายกระดับ รวมถึงการสรุปผล และการเขียนผลงานวิจัย ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้และ ขยายผลต่อ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำกระบวนการมาใช้ในการวิจัย โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาด้านความรอบรู้ในการใช้ยาฯ ว่าเป็นอย่างไร ระบบเฝ้าระวังคุ้มครองผู้บริโภคมีหรือไม่อย่างไร หน่วยงานรัฐหรือชุมชนมีการแสดงบทบาทอย่างไร เพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดทำแผนการพัฒนาทั้งใน

ระดับบุคคล คือผู้สูงอายุ เครื่องมือในการค้นหา การอ่านโดยใช้สื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องระบบ(P)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้มีนักวิจัยในต่างประเทศทำการศึกษาไว้หลายการศึกษา ดังนี้ การศึกษาของ Federman et al. (2009) เป็นศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและความสามารถด้านการรู้คิด(cognitive performance) ของผู้สูงอายุในนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 414 คน โดยใช้ S-TOFHLA ในการวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนความสามารถด้านการรู้คิดใช้การทดสอบ สุขภาพทางจิตเบื้องต้น (The Mini Mental State Examinations : MMSE) ผลการศึกษาพบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 24.3 คะแนนความสามารถด้านรู้ คิดที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความรอบรู้ทางสุขภาพระดับที่ไม่เพียงพอ เช่น ความจำ เฉพาะหน้า การดึงความจำกลับมาได้ช้า และความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา ข้อจำกัดของการศึกษา นี้คือการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ซึ่งทำให้เกิดอคติจากการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (recruitment bias) นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังมีความแตกต่างทางเชื้อชาติ เศรษฐฐานะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างสูง (Federman, Sano, Wolf, Siu, & Halm, 2009) ส่วน Li et al (2009) ได้ทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจีนเชื้อสายเกาหลี ที่อาศัยอยู่ในเมือง Yanbian ประเทศจีน โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 300 คน พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 68.7 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคุณลักษณะทั่วไป และสถานะทางสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ครอบครัว การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ด้านผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณสำหรับปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพแสดงให้เห็นว่าระดับสถานะสุขภาพที่ประเมินตนเองมีอิทธิพลมากที่สุด ตามมาด้วยความรอบรู้ทางสุขภาพ อายุ และเพศ ข้อจำกัดการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ และสถานะทางสุขภาพได้(Li, Lee, Shin, & Li, 2009) และในผู้สูงอายุในเกาหลี มีการศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและสถานะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี โดยใช้ K-TOFHLA ในการวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพทางกายและทางสุขภาพจิตที่ไม่ดี ผลของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อสถานะสุขภาพทางกายและทางสุขภาพจิตถูกสื่อผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุได้ ส่วนการวัดความรอบรู้ทางสุขภาพมุ่งเน้นที่ความสามารถในการอ่านและการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยไม่ได้รวมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจเข้าด้วยกัน (Kim & Yu, 2010) อีกทั้งยังมีการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและอัตราการตายของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ โดยประเมินความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีความลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ โดยความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น ข้อจำกัดของการศึกษานี้คืออคติที่เกิดจากผู้ไม่ได้ถูกประเมินได้แก่ ผู้มีระดับการอ่านออกเขียนได้ที่ต่ำ จะพยายามปิดบังความยากลำบากในการอ่านของตน (Bostock & Steptoe, 2012) และการศึกษาของ Chen et al. (2013) เป็นศึกษาผลของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้หวั่น โดยสร้างแบบวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพผ่านการให้ความรู้และการใช้กระบวนการคิด ส่วนการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคใช้แบบจำลอง SEM (structure equation modeling) ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลอง SEM เข้ากันได้ดี ซึ่งบ่งชี้ว่าการสร้างแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพมีความเหมาะสม ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ แสดงให้เห็นผลทางบวกปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลทางบวกเล็กน้อยต่อการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการวัดความรู้เรื่องโรคเพียง 3 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีความรู้เรื่องโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ และการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองดีกว่าและผลการศึกษาสูงเกินควร (Chen, Hsu, Tung, & Pan, 2013) การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในประเทศไทย มีการทำการศึกษาคือ ปิติพร สิริพิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2562) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความแตกต่างด้านสุขภาพ กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในระดับสูง mean 11.76 SD=1.32 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิติพร สิริพิพากร & วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2019)

2.4.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในไทย มีผู้ศึกษาไว้หลายแห่งคือ สมบูรณ์ ศิริสรธร หิรัญ ได้ ทำการศึกษาสภาพการรับรู้และข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า สภาพการรับรู้และข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนมากได้รับความรู้ทางการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนมากมีอุปสรรคในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่วนมากรับข้อมูลข่าวสารในช่วงเวลาที่บุตรหลานกลับมาถึงบ้าน วิธีรับข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุต้องการรับข้อมูลข่าวสารประเภททั่วไป ผ่านช่องทางสื่อสารหลัก และข้อมูลเฉพาะผ่านผู้เชี่ยวชาญ หอกระจายข่าวและบุคคลใกล้ชิด(สมบูรณ์ ศิริสรธรหิรัญ, 2016) ส่วนเอมอร ส่วยสม (2563) ทำการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุในรพ.แห่งหนึ่งจังหวัดชัยภูมิพบว่า มีการใช้ยาด้วยตนเอง ร้อยละ 86.67 มีการรับรู้เมื่อยาเสื่อมต้องนำไปทิ้งหรือ

ส่งคืนรพ. ร้อยละ 58.33 มีการสอบถามบุคลากรทางสาธารณสุขหรืออ่านฉลากซ้ำเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยา ร้อยละ 76.67 หรืออายาหมตอายุต้องนำไปคืนรพ. ร้อยละ 53.33 มีการตรวจสอบวิธีการใช้ยา ร้อยละ 63.33 การใช้ยาครบตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 96.67 ใช้ยาตรงตามกำหนดเวลาร้อยละ 86.67 เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ไปพบแพทย์ร้อยละ 56.67 ตรวจสอบวันหมดอายุร้อยละ 30 และเก็บรักษาเหมาะสมร้อยละ 26.67(เอมอร ส่วยสม, 2020) ในการของพฤติกรรมการใช้ยาNSAIDs นั้น วัชรภรณ์ กุลวงศ์ สังคม ศุภรัตน์กุล และพัชรภรณ์ ไชยศรี (2561) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ในผู้สูงอายุ รพ.ทุ่งสง จ.อุดรธานี พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มNSAIDs อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 3.64และพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วัชรภรณ์ กุลวงศ์, สังคม ศุภรัตน์กุล, & พัทธภรณ์ ไชยศรี, 2018) ส่วนการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาคือ ดลฤดี ศรีมันตะ (2561) ได้ทำการศึกษาการแสวงหาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุในตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการแสวงหาความรู้ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับกลาง $x=2.99$ S.D. = 0.789 มีทัศนคติต่อการสื่อสารออนไลน์ระดับปานกลาง $X= 3.34$ S.D= 0.792 และมีพฤติกรรมสื่อสารระดับปานกลาง $x=3.00$ S.D. =.804(ดลฤดี ศรีมันตะ, 2019) และมีการศึกษาของวิปิตย์ ชัยช่วย (2560) ซึ่งได้ทำการศึกษาเพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การใช้โปรแกรมประยุกต์ "Line" ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมักมีการเรียนรู้การใช้งาน Line ด้วยตนเอง และจากการแนะนำของเพื่อน หรือลูกหลานทำให้เกิดพื้นที่เสมือน (virtual space)ที่ทำให้สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือญาติได้ โดยไร้ข้อจำกัดทั้งด้านสถานที่และเวลา ซึ่ง Line กลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และสามารถใช้แสดงความห่วงใยต่อผู้อื่น และแสดงนัยยะว่าตนยังสุขสบายดีผ่านภาพ สวีตตี้ตอนเช้า ซึ่งผู้สูงอายุมองว่า line มีข้อดีมากกว่าข้อเสีย

2.4.3 โรงเรียนผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุคือ การศึกษาของ ณรงค์ ปัดแก้ว (2563) ได้ทำการศึกษา กระบวนการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบและกระบวนการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ และเสนอรูปแบบกระบวนการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่า กระบวนการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุมักมีการวางแผน และจัดทำโครงการกับผู้รับผิดชอบและมีการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ โดยการดำเนินงานสามารถแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นได้ โดยกิจกรรมมีทั้งให้ความรู้ กิจกรรมดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และกิจกรรมนันทนาการ ด้านความต้องการผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการให้เปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ และ

ต้องการกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกวิธี พัฒนาความรู้ด้านต่างๆและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข (ณรงค์ ปัดแก้ว, 2020)

2.4.5 การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ มีการศึกษาไว้หลายรูปแบบ การศึกษาการดูแลแบบบูรณาการในการศึกษาของเบญจพร สุธรรมชัย และคณะ (2558) ได้ทำการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า รูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของประเทศไทยคือ 1 การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการจัดบริการที่เน้นเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือให้บริการดูแลเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ และ 2 การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา ปัจจัยที่สำคัญคือ นโยบาย คน ระบบและชุมชน (Suthamchai, Keskipichayawattana, & Kaeowichian, 2015) ส่วนการศึกษาที่มีการพัฒนาหลักสูตรอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ โดยประนอม โอทกานนท์และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เรื่อง ทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย พบว่า ผู้เข้าอบรมมีความรู้ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.001 (ค่า $t = 3.70, 10.78$ และ 7.25 ตามลำดับ) ผู้เข้าอบรมระบุมีความพึงพอใจต่อวิธีการและกิจกรรมของหลักสูตร(ประนอม โอทกานนท์, รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์, วารี กังใจ, & สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2014) และยังมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษาของอรุณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์ (2563) ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังร่วมโปรแกรม อสม.ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($x=63.75$ S.D. $=9.98$ VS $x= 39.78$ S.D. 8.39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และอสม.ในกลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้นภายหลังร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังนั้นโปรแกรมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของอสม. สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อเพิ่มระดับความรู้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ อสม.ในชุมชนได้ (อรุณทัย ปาทาน, 2020)

สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่เพียงพอ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เน้นการเข้าใจ ไม่ได้เน้นการเข้าถึงและการตัดสินใจ ระบบสุขภาพเน้นการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานะทางสุขภาพ และเศรษฐกิจทางสังคม การศึกษาประเด็นความรู้เน้นการพัฒนาเครื่องมือ และสำรวจปัญหา การแก้ปัญหาคือการพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ แต่การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้นยังมีน้อย อีกทั้งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพยังไม่มีมีการทำการศึกษา จึงมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแหล่งที่เข้าถึงผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสุขภาพดี เป็นกลุ่มที่พร้อมสำหรับการเรียนรู้อยู่เสมอเนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการพัฒนาในระดับปัจเจกบุคคลเป็นอันดับแรก อีกทั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2542-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) และพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ได้ ระบุว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การศาสนา ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพที่เหมาะสม การ พัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น” ข้อเสนอเชิงนโยบาย ในเวทีการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2533 และ 2556 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนา ศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ เป็นประโยชน์ โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อได้ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุแล้วจากนั้นนำผลไปพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของนัทปิม และ แนวคิด V-shape เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจ เกิดทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองและถ่ายทอดแก่ผู้อื่นในประเด็นการเลือกใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(participatory action research)ใช้กระบวนการ P-A-O-R ตามแนวคิดของ Kemmis and MC taggart (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2013) มี กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Research Development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการศึกษา วิธีการ และขั้นตอนกระบวนการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการศึกษาข้อมูลตามกระบวนการ P-A-O-R ตามแนวคิดของ Kemmis and MC taggart (Kemmis et al., 2013) โดยใช้เวลาดำเนินงาน 1 ปี ในปีงบประมาณ 2566 โดยมีกระบวนการดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ พฤติกรรมกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และระบบเฝ้าระวังคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน (Situation analysis and Planning: P) เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed-Method) โดยการใช้แบบสอบถามเพื่ออธิบายความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา และการสนทนากลุ่ม การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก ในการศึกษากระบวนการเฝ้าระวังคุ้มครองผู้บริโภค/ มาตรการชุมชนในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ แปลความ และสรุปข้อค้นพบเพื่อนำไปวางแผนพัฒนาทั้งระดับบุคคลและระบบ/มาตรการของชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (A) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ของผู้ที่มีข้อมูลสำคัญ (Key Informance) ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการพัฒนา (Stakeholder) มาร่วมกันคิด วิเคราะห์ ร่างโปรแกรม ทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาปรับปรุง พัฒนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล และสะท้อนผลของโปรแกรม (O&R)

1) การทดลองใช้โปรแกรม เป็นการศึกษาระยะทดลอง (Community Control Trial) โดยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเลือกมา 4 กลุ่ม แบบโซโลมอน (Randomized Solomon Four- Group design) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้โปรแกรม ด้วยเครื่องมือวัดเดียวกัน และทำการทดลองโดยให้

กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มควบคุม 2 ได้รับสิ่งทดลองโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม 1 และกลุ่มควบคุม 3 ไม่ได้รับสิ่งทดลอง โดยมีกระบวนการดังนี้

Experimental group	O1	----->	X	----->	O2	----->	O3
Comparison group 1	O1	----->	-	----->	O2	----->	O3
Comparison group 2	-	----->	X	----->	O2	----->	O3
Comparison group 3	-	----->	-	----->	O2	----->	O3

กำหนดให้

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของคะแนนความรอบรู้ฯ ก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของคะแนนความรอบรู้ฯ หลังการทดลอง

O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของคะแนนความรอบรู้ฯ หลังการทดลอง 3 เดือน

X หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

- หมายถึง ไม่ได้ดำเนินการใดๆในช่วงนั้น

2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน โดยการนำมาตรการหรือกิจกรรมใดๆที่เกิดจากการร่วมกันวิเคราะห์ วางแผนมาดำเนินการ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและดำเนินการ เพื่อไม่ให้คนในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีการเลือกซื้อและใช้ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม ตามความจำเป็น และมีการประเมินผลระบบโดยการสรุปทเรียนถึงผลการดำเนินงาน ทั้งความสำเร็จและอุปสรรคที่พบจากการนำไปดำเนินงานในระยะเวลาที่วางแผนไว้ และแผนการปรับปรุงในอนาคต

3.2 ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรศึกษา (Study population)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (P)

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2564 ซึ่งผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนทั้งสิ้น 3,532,115 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 380 โรงเรียน และมีข้อมูลรายงานจำนวนนักเรียนในฐานข้อมูล 86 โรงเรียน รวม 22,332 คน(ข้อมูล ณ สิงหาคม 2560: กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (A)

ประชากร คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุคือ เกษีซกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณครูในโรงเรียนผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล และสะท้อนผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (O&R)

การทดลองใช้

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี พ.ศ. 2564

การประเมินผลและสะท้อนผล

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุและได้ทดลองใช้โปรแกรมฯ และผู้มีส่วนผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมในขั้นตอนที่ 2 ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมที่จัดขึ้นในพื้นที่กลุ่มทดลอง

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการศึกษาระบบเฝ้าระวังคุ้มครองผู้บริโภคในการในยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน(P)

1) การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากที่ไม่ทราบจำนวนของนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุที่แน่ชัด การคำนวณขนาดตัวอย่างประชากรขนาดใหญ่ และไม่ทราบจำนวนประชากร(Infinite population) โดยใช้วิธีการสุ่ม เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยใช้สูตรคำนวณของ Cochran (Cochran, 1997 cited in chow et al, 2008 (chow, 2008)) จำนวนขนาดตัวอย่าง using Cochran's formula (Cochran, 1997 cited in chow et al, 2008 (chow, 2008)) $n = Z^2 \sigma^2 / e^2$ ได้จำนวนทั้งสิ้น 1,028 ราย และจำนวนอัตราการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์อีก ร้อยละ 20 รวมเป็น **1,285 ราย** และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลมาอธิบายข้อมูลเชิงลึก ความเชื่อมโยงของข้อมูล และเป็นการตรวจสอบข้อมูล โดยสัมภาษณ์เชิง

ลึกในผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่มีคะแนนในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มละ 5 คน รวม 15 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในผู้กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่

กลุ่มที่ 1 เกษัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนผู้สูงอายุ 5 คน

กลุ่มที่ 3 ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน

กลุ่มที่ 4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 5 คน

กลุ่มที่ 5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 -10 คน

กลุ่มที่ 6 คุณครูในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 5 -10 คนต่อกลุ่ม โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

กลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือขณะเก็บข้อมูล
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในขณะที่เข้าร่วมวิจัย เช่น เบาหวานที่มีระดับน้ำตาลความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไตที่ต้องฟอกไต หัวใจ หรือโรคติดต่อต่างๆ

3) สัมครใจให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

- 1) เป็นผู้มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และยินดีสมัครใจให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

กลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเก็บข้อมูล
- 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่ต้องรับการรักษาเร่งด่วน
- 3) ผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในพื้นที่ ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล
- 4) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือตลอดเวลาทำการศึกษา
- 5) เสียชีวิตในทุกสาเหตุ

กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือตลอดเวลาทำการศึกษา
- 2) ผู้ที่ขอออกก่อนสิ้นสุดการทำการศึกษา

จุดยุติของการวิจัย (Withdrawal criteria)

- 1) เกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่ออันตรายต่อสุขภาพกายใจหากต้องร่วมการวิจัยต่อ ระบุโดยบุคลากรทางการแพทย์

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage Random Sampling) ในการศึกษาเชิงปริมาณ แบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยการสุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 8 9 และ 10 ซึ่งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด

ขั้นที่ 2 การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการเลือกโรงเรียนผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัด โดยคำนึงถึงจำนวนนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่ละโรงเรียนของจังหวัดรวมกัน จังหวัดละอย่างน้อย 1,000 คน (ซึ่งแต่ละจังหวัดอาจจะใช้จำนวนโรงเรียนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับจำนวนนักเรียนผู้สูงอายุ) โดยเกณฑ์การเลือกโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น

ขั้นที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงเรียนที่เลือกไว้ โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากโรงเรียนผู้สูงอายุที่เลือกแบบเจาะจงในขั้นที่ 2 ให้ได้จำนวน 1,285 คน ตามการคำนวณตามสูตร โดยแบ่งจำนวนตามเขตสุขภาพตามสัดส่วนประชากรเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ที่ชมรมผู้สูงอายุ ที่โรงเรียนผู้สูงอายุ และอื่นๆ ตามการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น ตามที่ผู้สูงอายุสะดวก

- 2) การศึกษาระบบเฝ้าระวังคุ้มครองผู้บริโภคในการในยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

จะทำการศึกษาในชุมชนที่เป็นที่ตั้งของโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นพื้นที่ศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมายจะเป็นผู้ที่รู้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ของชุมชน ได้แก่ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ตัวแทนชายตรงเกี่ยวกับยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เป็นต้น พื้นที่ละ 10-12 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (A)

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

และด้วยความสมัครใจที่จะร่วมพัฒนาโปรแกรมโดยประกอบด้วย

เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทำการศึกษาโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) รูปแบบการพัฒนาโปรแกรม กลุ่มละ 5-10 คน ในกลุ่มต่อไปนี้

1) ผู้ที่มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวข้องกับการซื้อ การเลือก การใช้ การขาย การดูแลสุขภาพ การรักษาผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ แพทย์หรือเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่ทำงานหรือนักวิชาการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค

3) ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวน

4) ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทนชุมชน หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือ สมาคมผู้สูงอายุ หรือครูหรือเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรืออื่นๆ และบุคคลทั่วไปในชุมชน

- **เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)**

- 1) เป็นผู้มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และยินดีสมัครใจให้ข้อมูล

- **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือตลอดเวลาทำการศึกษา

- 2) ผู้ที่ขอยกก่อนสิ้นสุดการศึกษา

- **จุดยุติของการวิจัย (Withdrawal criteria)**

- 1) เกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่ออันตรายต่อสุขภาพกายใจหากต้องร่วมการวิจัยต่อ

- 2) เสียชีวิตในทุกสาเหตุ ด้วยกรณีอื่นหรือระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล และสะท้อนผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (O&R)

เป็นการวิจัยเชิงทดลองสี่กลุ่มแบบโซโลมอนโดยการสุ่ม (Randomized Solomon Four-Group design) นำไปทดลองใช้และประเมินผลจากการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ก่อนและหลังทดลอง (pretest-posttest two groups design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) 1 กลุ่ม และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) 3 กลุ่ม เนื่องจากโปรแกรมนี้มีลักษณะรูปแบบการให้ความรู้ และกิจกรรมกลุ่ม (Education or behavioral intervention) มักจะเกิดความลำเอียงในการวัดผลครั้งแรก ที่เรียกว่า Pretest effect (M. W. Braver & Braver, 1988) (S. Braver, 1990) (McCambridge, Butor-Bhavsar, Witton, &

Elbourne, 2011) ซึ่งการวัดผลในการวิจัยนี้มีการวัดคะแนนความรู้และพฤติกรรม จึงออกแบบการวิจัยโดยใช้รูปแบบการทดลองแบบสี่กลุ่มโซโลมอน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีข้อมูลเป็นตัวแปรต่อเนื่องคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร (Zhong, 2009) ดังนี้

$$n = 2 * \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{\delta_0} \right)^2 * s^2$$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

δ_0 = ค่าผลต่างระหว่างค่าพารามิเตอร์ของตัวแปรตามของสองกลุ่มที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กำหนดให้ = 4)

s^2 = ค่าความแปรปรวนของค่าผลต่างระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (กำหนดให้ $s = 6$)

$$\alpha = 0.05, \beta = 0.02$$

แทนค่าในสูตร

$$n = 2 * \left(\frac{1.96 + 0.845}{4} \right)^2 * 6^2$$

$$= 36 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างรวมทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 36 คน คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตนากร, 2553) $N = n/(1-r) = 36/(1-0.2) = 45$ คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 45 คน ซึ่งกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มเปรียบเทียบมี 3 กลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นรวมจำนวน 180 คน

การทดลองใช้ ประเมินผลของโปรแกรมฯการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (O)

●เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ป่วยหรือไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือขณะเก็บข้อมูล
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง มีสติสมปัญญะสมบูรณ์ พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล
- 3) สม่ครใจให้ข้อมูล

●เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลในช่วงเก็บข้อมูล
- 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน
- 3) ผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในพื้นที่ ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล
- 4) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือตลอดเวลาทำการศึกษา

จุดยุติของการวิจัย (Withdrawal criteria)

- 1) เกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่ออันตรายต่อสุขภาพกายใจหากต้องร่วมการวิจัยต่อ
- 2) เสียชีวิตในทุกสาเหตุ ด้วยกรณีอื่นหรือระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage Random Sampling) ในการศึกษาเชิงทดลอง แบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

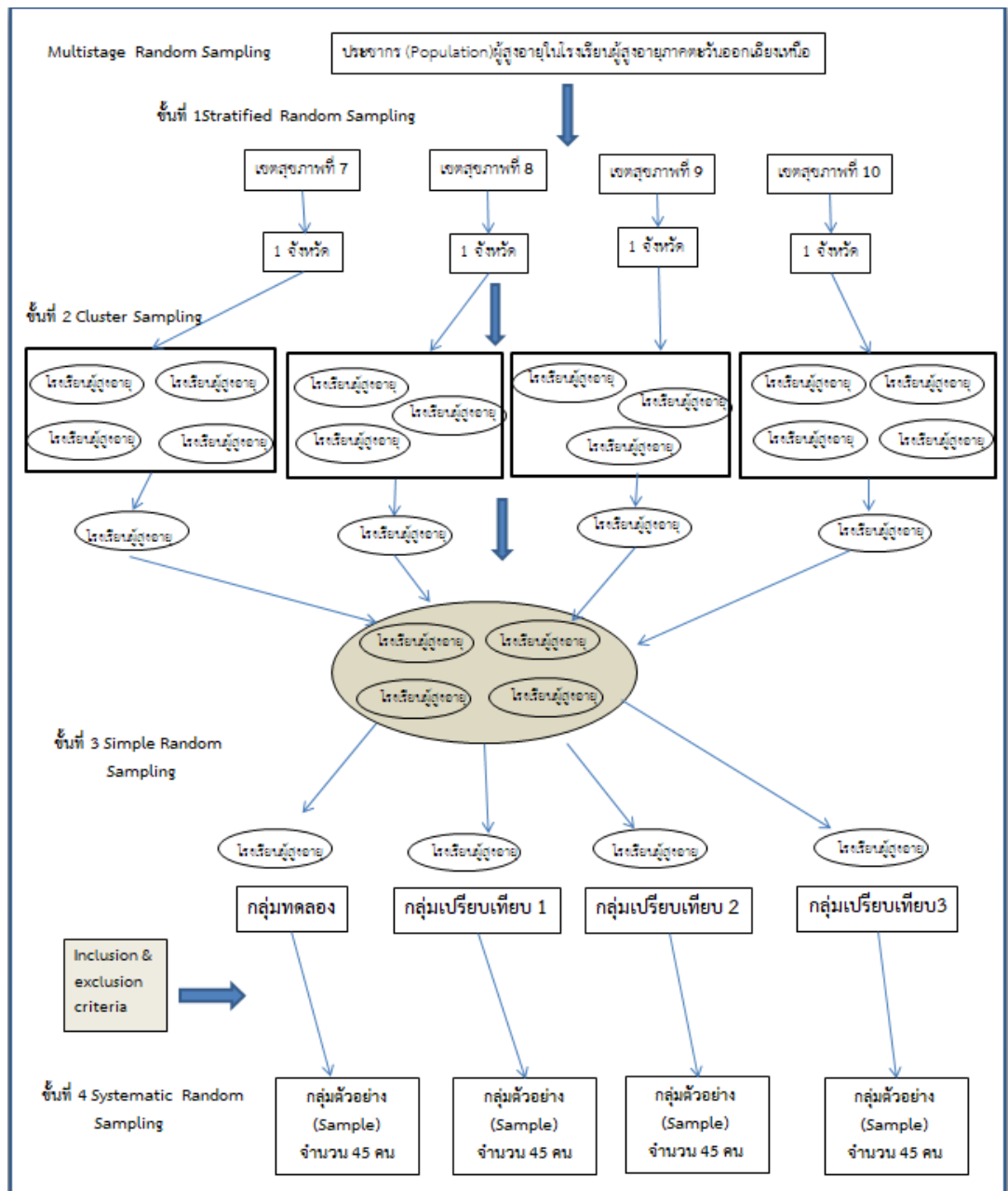
ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยการสุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 8 9 และ 10 ซึ่งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด

ขั้นที่ 2 โรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละแห่งเป็น 1 cluster โดยแต่ละ cluster นั้นมี inclusion criteria ต้องเป็นโรงเรียนที่ยังไม่เคยมีการพัฒนาหรือได้รับโปรแกรมในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกैयाและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเป็นโรงเรียนที่เต็มใจและสามารถให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย ทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster Samling) cluster ในแต่ละจังหวัด โดยสุ่มมาจังหวัดละ 1 cluster รวม 4 cluster

ขั้นที่ 3 ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากให้มี กลุ่มทดลอง 1 cluster กลุ่มเปรียบเทียบ 1 2 และ 3 อย่างละ 1 cluster เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงทดลองสี่กลุ่มแบบโซโลมอนโดยการสุ่ม (Randomized Solomon Four- Group design)

ขั้นที่ 4 ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงทดลองในโรงเรียนที่เลือกไว้ (Cluster) โดยใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) ในแต่ละcluster ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 45 คน ตามการคำนวณตามสูตร รวม4 cluster มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 180 คน

ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 รูปแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage Random Sampling) การศึกษาเชิงทดลอง ในระยะที่ 3

การสะท้อนผล ของโปรแกรม การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(R)

การสะท้อนผลของโปรแกรมที่จัดขึ้นโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทำการศึกษาโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มละ 10-12 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มละ 2 - 5 คน ดังนี้

1. กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2

2. กลุ่มผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้ยา ได้แก่ เกษัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำทำงานเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ครูหรือเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมที่จัดขึ้นในพื้นที่กลุ่มทดลอง ได้แก่ ตัวแทนคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ตัวแทนผู้นำชุมชนในพื้นที่ของกลุ่มทดลอง ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ทดลอง ประชาชนทั่วไปในพื้นที่ทดลอง

3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในการเลือกใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ (P)

ตัวแปรอิสระ(Independent Variable) ได้แก่

1. ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล คล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, อาชีพ, รายได้ โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ประจำ

2. ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดและ แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข

3.ปัจจัยเอื้อ คือ ความเหมาะสม ความสะดวก และระยะทางในการเดินทางมาสถานพยาบาล

4. ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ในประเด็นการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ตัวแปรตาม (dependent Variable) ได้แก่

พฤติกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.4 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาทบทวน เอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามอย่างมีโครงสร้าง (Structured questionnaire) ประกอบด้วย

3.4.1.1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, อาชีพ, ที่พักอาศัย ผู้ดูแล ความเพียงพอทางเศรษฐกิจ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ประจำ การเข้ารับการรักษา ระยะทางห่างจากสถานพยาบาล ประวัติการเลือกใช้ยา

และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยจำนวน 25 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ (Open end)

3.4.1.2 แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 10 ข้อ

ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 10 ข้อ

ตอนที่ 4 ทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 10 ข้อ

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 10 ข้อ

ตอนที่ 6 การจัดการตนเองในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มี 10 ข้อ

รวม 60 ข้อ โดยเป็นคำถามให้เลือกตอบ แบบ Rating Scale 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 60 - 300 คะแนน ตามความคิดเห็น ดังนี้

น้อยที่สุด	1 คะแนน
น้อย	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
มาก	4 คะแนน
มากที่สุด	5 คะแนน

การแปลงคะแนนเป็น

ความรอบรู้ระดับต่ำ 60 – 150 คะแนน (น้อยกว่า 50%)

ความรอบรู้ระดับปานกลาง 151 – 224 คะแนน (50- 75%)

ความรอบรู้ระดับสูง 225 – 300 คะแนน (มากกว่า 75%)

(ความรอบรู้ระดับสูงคือ ≥ 75 % ของคะแนนเต็ม อ้างอิงจากการวิจัยของเอกชัย ชัยทา (เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสรดา หนู่มคำ, & ณิชมน รักกะเปา, 2020)

การแบ่งคะแนนตามระดับความรอบรู้ 3 ระดับ ดังนี้

ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน ข้อ 1 2 6 7 11 12 13 14 15 21 22 31 32 36 41 42 46 47 51
รวม 20 ข้อ คะแนนรวม 100 คะแนน

ความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ ข้อ 3 4 5 16 19 20 23 24 25 26 30 33 35 40 43 45 53 54
รวม 20 ข้อ คะแนนรวม 100 คะแนน

ความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ ข้อ 8 9 10 17 27 28 29 34 37 38 39 44 49 50 56 57 58
รวม 20 ข้อ คะแนนรวม 100 คะแนน

การแปลงคะแนนในแต่ละชั้นเป็น

ความรอบรู้ระดับต่ำ 20 - 50 คะแนน (น้อยกว่า 50%)

ความรอบรู้ระดับปานกลาง 50 - 75 คะแนน (50- 75%)

ความรอบรู้ระดับสูง 75 - 100 คะแนน (มากกว่า 75%)

(ความรอบรู้ระดับสูงคือ ≥ 75 % ของคะแนนเต็ม อ้างอิงจากการวิจัยของเอกชัย ชัยทา (เอกชัย ชัยยาทา et al., 2020)

3.4.1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 10 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นบางครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ได้ปฏิบัติเลยในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

โดยให้เลือกเพียง 1 ข้อ การแปลผลคะแนน

ข้อ 1 2 3 5 7 และ 8 เป็นพฤติกรรมเชิงบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

ข้อ 4 6 9 และ 10 เป็นพฤติกรรมเชิงลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

การแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพในการเลือกซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยอิงกลุ่ม ดังนี้
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับสูง

3.4.1.3 แบบสอบถามประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน

3.4.1.4 แบบสอบถามประเมินผล และประเมินความพึงพอใจ ของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

3.4.2 การเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อใช้อธิบายข้อมูลเชิงลึก เชื่อมโยงข้อมูล และเป็นการตรวจสอบข้อมูล ดังนี้

3.4.2.1 แนวการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview)

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายเปิด โดยเริ่มจากการสอบถามทั่วไป แล้วเจาะลึกในประเด็นที่เจาะจงมากขึ้น ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม และพฤติกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.4.2.2 ประเด็น / แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในผู้กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เกษัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน/ นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญ ตัวแทน ผู้สูงอายุ ตัวแทน อสม. การสัมภาษณ์เชิงลึกใน ผู้ที่มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวข้องกับการซื้อ การเลือก การใช้ การขาย การดูแลสุขภาพ การรักษาผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ครูหรือเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

3.4.2.3 ประเด็น / แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มที่เสนอประเด็น/แนวทางในการออกโปรแกรมฯ

3.4.2.4 ประเด็น / แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก นักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุและได้ทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมในขั้นตอนที่ 2 ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้ และ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมที่จัดขึ้นในพื้นที่กลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความยืดหยุ่น ผู้วิจัยสามารถปรับข้อคำถามได้ในการสัมภาษณ์จริง

3.4.2.5 แบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

3.4.2.6 แบบบันทึกภาคสนาม เป็นการบันทึกข้อมูลจากากรสังเกต การระดมสมอง การสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูลวิจัยที่ทำให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ช่วยให้

เกิดการสรุปข้อมูลในทุกระยะของการเก็บข้อมูล ป้องกันการลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย และป้องกันการลืมข้อมูล

3.5 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.5.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ

3.5.1.1 การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยร่างแบบสอบถาม การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพในการเลือกใช้น้ำและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบบสอบถามประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน แบบสอบถามประเมินผล และประเมินความพึงพอใจ ของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเลือกใช้น้ำและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้น นำแบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มาปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะและความคิดเห็นต่างๆของผู้เชี่ยวชาญมาประเมินความตรงของเนื้อหา โดยใช้สูตร

$$S-CVI/Aev = \sum P/n$$

เมื่อ P หมายถึง สัดส่วนความสอดคล้องของข้อความของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3.5.1.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้เครื่องมือ (Pilot testing) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่อยู่ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิศาสตร์ ประเพณีวัฒนธรรม การดำรงชีวิตคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้กำหนดค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 ขึ้นไป หมายถึง แบบสอบถามฉบับนี้สามารถนำไปเก็บข้อมูลได้ (Cronbach & Furby, 1970) และแก้ไขปรับปรุงให้มีความเหมาะสม

3.5.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

3.5.2.1 ผู้วิจัยนำแนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 10 คนแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ในการวิเคราะห์ข้อมูลจัดกระทำโดยผู้วิจัยมากกว่า 1 คนแยกกันวิเคราะห์ เพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้ใส่คำพูดโดยตรงของผู้ให้ข้อมูล และการใส่รายละเอียดที่เกี่ยวข้องของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง และขออนุญาตกลุ่มสัมภาษณ์ในการทำบันทึก (note taking) ขณะสัมภาษณ์

3.5.2.2 ผู้วิจัยนำประเด็น/แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus group) ในผู้กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เกษัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน/ นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญ ตัวแทน ผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณครูในโรงเรียนผู้สูงอายุภาควันออกเฉียงเหนือ เกี่ยวกับประเด็นการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ ตรงของเนื้อหา (Content Validity) และให้ข้อเสนอแนะ แล้วปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้องเหมาะสม

3.5.2.3 ผู้วิจัยนำประเด็น/แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus group) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และมีส่วนร่วมไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความ ตรงของเนื้อหา (Content Validity) และให้ข้อเสนอแนะ แล้วปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้องเหมาะสม

3.5.3 ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลทันทีหลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จ เมื่อพบข้อบกพร่องต้องดำเนินการแก้ไขปรับปรุงข้อมูลใหม่ โดยตรวจเช็คข้อมูลซ้ำกับผู้บันทึก

3.5.4 การนำข้อมูลในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้ง จาก 2 คน (Data double Entry) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของกลุ่มแบบคู่ขนาน

3.5.5 การคัดเลือกทีมวิจัย ดังนี้

3.5.6.1 ทีมวิจัยหลัก ประกอบด้วยผู้วิจัย และผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยรู้จักบริบทของพื้นที่ และเข้ากับชุมชนได้เป็นอย่างดี สามารถให้คำแนะนำ ตรวจสอบข้อมูลและกระบวนการวิจัยได้

3.5.6.2 ทีมวิจัยภาคสนาม ได้แก่ อาสาสมัครที่อยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูล หรืออาสาสมัครที่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัยได้ตลอดเวลา สามารถ พูด ฟัง อ่าน ภาษาไทย หรือภาษาถิ่นได้ สามารถสัมภาษณ์และบันทึกผลการคัดกรองได้ จำนวนอย่างน้อย 10 คน

3.5.6.3 การเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการก่อนที่จะลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยมีการเตรียมความพร้อมดังนี้

1) ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

2) ร่วมเรียนรู้วิธีการเก็บข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล/ วิธีการทำงาน ปัญหาอุปสรรคเทคนิคในการเข้าหาชุมชน การป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดจากการวิจัย และประโยชน์ที่เกิดกับอาสาสมัคร และชุมชนมากที่สุดโดยไม่กระทบกับการออกแบบการวิจัย

3) ศึกษารายละเอียดของเครื่องมือ การขอความยินยอมแก่อาสาสมัคร รวมทั้งการใช้คู่มือ ตรวจสอบการแปลความความหมายกลับจากภาษาถิ่นเป็นภาษาไทย รวมทั้งวิธีการเก็บทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การป้องกันอคติประเภทต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ทั้งจากทีมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล

4) ฝึกการเก็บข้อมูลภาคสนามร่วมกับทีมวิจัยหลัก เพื่อประเมินความเหมาะสม ความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล นำมาแก้ไขและแลกเปลี่ยนบทเรียนเพื่อแก้ไขข้อผิดพลาด

3.6 กระบวนการ ขั้นตอน และวิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (P) มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. ขออนุมัติหนังสือเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3. นำแจ้งหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล

4. ติดต่อประสานงาน เพื่อดำเนินการทดสอบแบบสอบถามความเที่ยงตรง (Try out) ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

5. ประสานงานนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบล่วงหน้า อย่างน้อย 3 วัน

6. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาทีต่อราย

8. สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

9. ดำเนินการสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมาย โดยมีการประสานงาน นัดหมายและดำเนินการกลุ่มละไม่เกิน 1 ชั่วโมง

10. วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปผลและสกัดข้อมูลสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2 และเตรียมข้อมูลเพื่อนำเสนอแก่ผู้มีส่วนสำคัญในการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ (A) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ของชุมชน มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อขออนุมัติพื้นที่ในการเข้าร่วมกระบวนการร่างโปรแกรมฯ

2. ประสานและขออนุมัติหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตกระทรวงจัดประชุมเพื่อร่างโปรแกรมฯ

3. จัดประชุมทีมพัฒนาโปรแกรมฯ และระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน โดยมีขั้นตอนคือ

- นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

- ระดมสมองเพื่อแสดงความคิดเห็นและข้อมูลเพิ่มเติม และร่วมร่างโปรแกรมฯ สื่อที่ใช้ในการเรียนรู้ และระบบเฝ้าระวังฯ

- มอบหมายและนัดหมายการพิจารณาโปรแกรมฯ หลังจากให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องด้านเนื้อหาและกระบวนการ

1. ตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบของโปรแกรม โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและดัชนีความสอดคล้อง และข้อเสนอแนะ

8. จัดประชุมทีมพัฒนาโปรแกรมฯ และผู้เกี่ยวข้องกับการใช้ และผู้สูงอายุในโรงเรียน เพื่อร่วมให้ความเห็นโปรแกรมและตรวจสอบเครื่องมือ/ สื่อเพื่อการเรียนรู้

9. ทดลองใช้โปรแกรม (Pilot study) กับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ประเมินประสิทธิผล และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การใช้โปรแกรมในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล และสรุปบทเรียนโครงการ (O&R) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อขออนุมัติพื้นที่ในการเข้าร่วมกระบวนการร่างโปรแกรมฯ

2. ประสานและขออนุมัติหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตกระทรวงจัดประชุมเพื่อทดลองโปรแกรมฯ

3. ประสานงานพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการทดลองโปรแกรมฯ ให้ทราบล่วงหน้า อย่างน้อย 3 วัน โดย 1 โรงเรียน ถือเป็น 1 cluster โดยสุ่มกลุ่มทดลอง 1 cluster กลุ่มเปรียบเทียบ 2 และ 3 อย่างละ 1 cluster ในแต่ละcluster ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 45 คน รวม 4 cluster มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 180 คน

4. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ทีมอบรมตามโปรแกรมให้มีความเข้าใจและสามารถดำเนินการทดลองได้

5. ดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนทดลองโปรแกรมก่อนล่วงหน้า 1 สัปดาห์เพื่อไม่ให้เสียเวลา จากนั้นอบรมตามโปรแกรม และทำแบบทดสอบหลังอบรมเมื่อสิ้นสุดการอบรมและประเมินซ้ำหลังการอบรม 3 เดือน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ 1 จะไม่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บข้อมูลก่อนใช้โปรแกรม และได้รับการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุแบบปกติ และทำแบบทดสอบซ้ำห่างกัน 2 สัปดาห์ และอีก 3 เดือน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเปรียบเทียบ 2 ไม่มีการเก็บข้อมูลก่อนทดลองใช้โปรแกรม จะทดลองใช้โปรแกรมและมีการประเมินผลหลังอบรมทันทีและหลังอบรม 3 เดือน

กลุ่มที่ 4 กลุ่มเปรียบเทียบ 3 ไม่มีการเก็บข้อมูลก่อนทดลองโปรแกรม และไม่มีการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ แต่ได้รับการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุตามปกติ และมีการทดสอบหลังนำโปรแกรมไปใช้ พร้อมกับกลุ่มอื่นๆ

6. การสะท้อนผลและปรับปรุงโปรแกรม (R- Reflection) โดยดำเนินการดังนี้

6.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินผล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 5 คน

6.2 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสรุปบทเรียนการทำโครงการ โดยจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยแบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มละ 4 กลุ่มๆละ 5- 10 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2 กลุ่มผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้ยา และกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการได้รับโปรแกรมที่จัดขึ้นในพื้นที่กลุ่มทดลอง

6. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล และจัดทำรายงาน

7. คืนข้อมูลให้กับพื้นที่ศึกษา โดยการส่งรายงานและสรุปรายงานแบบย่อ (Executive summary) แก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่

3.7 การจัดการข้อมูล

มีขั้นตอนการจัดการข้อมูลดังนี้

3.7.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้อง ความคงเส้นคงวาของข้อมูลและความครบถ้วนของข้อมูลหลังเก็บข้อมูลในแต่ละวัน และนำข้อมูลมาลงรหัสในคอมพิวเตอร์ โดยเป็นแบบ Blind double entry (ลงข้อมูล 2 ครั้ง เป็นอิสระต่อกัน) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของ

ข้อมูล (Original documents) หากข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือไม่สอดคล้อง หรือมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ในตัวแปรสำคัญ หัวหน้าทีมวิจัยจะเป็นผู้พิจารณาและคัดออกไม่นำมาวิเคราะห์ การกรอกข้อมูลจะกรอกตามน้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยมีการเก็บข้อมูลสำรองไว้ในแฟ้มอื่นอย่างน้อย 2 แห่ง (Back – up of data) แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R studio โดยใช้สถิติเชิงปริมาณและสถิติเชิงอนุมาน

3.7.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต จะมีการบันทึกด้วยการเขียน การใช้อุปกรณ์บันทึกเสียง ซึ่งต้องนำมาพิจารณาตรวจทานร่วมกับทีมผู้วิจัยทุกครั้งหลังจากลงภาคสนามเก็บข้อมูล เพื่อไม่ให้ข้อมูลผิดพลาดหรือหล่นหาย มีการนำมาแปลงเป็นภาษาไทยในกรณีที่มีภาษาถิ่น หรือภาษาอื่นๆ มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological triangulation) ในด้านการตรวจสอบข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน และมีการตรวจสอบในด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลต่างๆกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน เช่น การสังเกตร่วมกับการซักถามหรือสัมภาษณ์ และมีการกำหนดรหัสของข้อมูลตามข้อมูลที่ปรากฏ จัดข้อมูลเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย

3.7.3 ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเตรียมนำสู่การพัฒนาโปรแกรมในขั้นตอนต่อไป

3.7.4 เผยแพร่ผลการศึกษาในรูปแบบบทความระดับนานาชาติฐาน Scopus/ ISI

3.8 สถิติและวิธีการในการใช้วิเคราะห์ข้อมูล

3.8.1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.8.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเลือกใช้อายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3.8.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่

1) ใช้สถิติ chi square test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการเลือกใช้อายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่หากละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นคือ มีค่าความคาดหวังน้อยกว่า มากกว่า 20% จะใช้สถิติ Fisher's exact test

2) ใช้สถิติ Person's correlation เพื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้อายาของผู้สูงอายุ หากข้อมูลการแจกแจงปกติ และหากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติใช้ Spearman's rank correlation

3) วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ในการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวส่วนบุคคล ความรอบรู้สุขภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับพฤติกรรมการเลือกใช้อายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4) ใช้สถิติ Repeated-measures ANOVA ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกใช้ยา ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทันที และหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน และ ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพ และคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกใช้ยา ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน

5) ใช้สถิติ One way ANOVA หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติและหากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติแต่เพียงกลุ่มเดียวจะใช้ Kruskal wallis test ในการเปรียบเทียบในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพ และคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม หลังได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

3.9 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

3.9.1 กระบวนการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

นำเข้าข้อมูลและตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft office Excel 2010 แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรม R Studio

3.9.2 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

มีการอ่านอย่างผิวเผินเพื่อคัดกรองประเด็นที่สำคัญ และมีการสกัดส่วนที่ไม่มีสาระหรือไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ออกไป มีการทำเครื่องหมายหรือเขียนข้อความเพื่อเน้นย้ำส่วนสำคัญให้ชัดเจน จากนั้นอ่านอย่างระมัดระวังและสร้างภาพใหญ่ (Big picture) ของการอ่าน มีการจัดระบบข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์และส่วนที่ขาดหายไป การสร้างประเด็นหลัก(Theme) การจัดกลุ่มความคิด (Categories) ในประเด็นย่อย มีการสร้างดัชนีในการแยกข้อมูลให้เป็นระบบและใส่รหัส (Coding) ที่สอดคล้องกัน มีการประเมินและเชื่อมร้อยให้สอดคล้องประสานกัน อาจต้องนำคำพูดมาอ้าง (Quotation)

3.10 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้จะต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเป็นกลุ่มที่มี

ความเปราะบาง (Vulnerability) เนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุมีความอ่อนแอมีความเสี่ยงสูงที่จะถูกชักจูง ครอบงำ และคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย หลายองค์กร ผู้วิจัยต้องมีการประสาน การขอความร่วมมือหรือขอข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ทำการวิจัยด้วยความระมัดระวังตามหลักวิชาการอย่างรัดกุม อีกทั้งต้องมีความถูกต้องและมีคุณธรรมตามหลักในการวิจัย เพื่อลดอันตรายที่กระทบกลุ่มตัวอย่างให้น้อยที่สุด และต้องก่อความเสี่ยงไม่เกิน minimal risk เพื่อให้ผลงานมีคุณค่า มีคุณภาพสามารถนำไปต่อยอด ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ตลอดจนสามารถนำผลงานไปตีพิมพ์หรือนำเสนอได้ทั้งในและต่างประเทศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยที่พัทลุงสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มทำการวิจัยตลอดจนการเสนองานวิจัยโดยกำหนดแนวทางพัทลุงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยและได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงร่างและเครื่องมือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. ขออนุมัติผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูล เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ แกนนำ และผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล เป็นต้น เป็นต้น
3. เชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น องค์กรเอกชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด เข้าร่วมรับรู้ สังเกตการณ์หรือเป็นทีมวิจัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในกระบวนการวิจัย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป
4. มีเอกสารแสดงตัว ชื่อที่อยู่ของผู้วิจัยและทีมวิจัย มีการให้เบอร์โทรศัพท์แก่กลุ่มอาสาสมัคร เพื่อให้สามารถติดต่อสอบถาม ข้อข้องใจ หรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือสุขภาพด้านอื่นๆได้
5. มีของขวัญเล็กน้อยเพื่อตอบแทนน้ำใจในการให้ข้อมูลของอาสาสมัคร หรือในบางรายที่กระทบกับเวลาในการทำงานหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมานอกเหนือจากการมาติดตามการรักษาปกติ ต้องจ่ายค่าตอบแทน ค่าพาหนะเพื่อไม่ให้กระทบกับรายได้ขั้นต่ำของอาสาสมัคร
6. ไม่กระทำการคุกคามหรือทำให้ผู้ถูกวิจัยรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นหนี้บุญคุณ ระมัดระวังกิจกรรมยาเสพติดหรือการแสดงออกที่อาจก่อผลเชิงลบ และหลีกเลี่ยงคำถามที่อ่อนไหวหรือกระทบต่อความรู้สึก หรือความเชื่อ/วัฒนธรรม

7. สร้างความมั่นใจให้กับอาสาสมัครผู้ร่วมการศึกษาว่า การศึกษาครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการเลือกใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชนและสังคมโดยรวม และไม่กระทบในรายบุคคล เนื่องจาก

7.1 มีการวางแผนและดำเนินกระบวนการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยอย่างเคร่งครัด รัดกุม และคำนึงถึงสิทธิ ประโยชน์ที่จะได้รับอย่างเป็นธรรม

7.2 ทีมวิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มอาสาสมัครทราบ โดยมีเอกสารชี้แจง และหนังสือแสดงความยินยอมให้เข้าร่วมโดยสมัครใจ เพื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และอธิบายหรือตอบข้อซักถามจนททำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจจะเป็นอย่างดี

7.3 ทีมวิจัยได้ชี้แจงสิทธิที่ได้รับในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้ร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือขอยกเลิกข้อมูลที่ให้ไว้ในกรวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย

2) สิทธิในการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏ ซึ่งการนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้

3) หลังจากอาสาสมัครวิจัยรับทราบข้อมูล โดยเอกสารและการอธิบายอย่างชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสอบถามข้อสงสัยแล้ว มีการให้เวลาการตัดสินใจที่จะเข้าร่วม ไม่มีการบังคับ

4) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้นำมาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่ถูกเปิดเผย และไม่ระบุชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลภาพรวม

5) อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง โดยไม่เสียประโยชน์ใดๆหากไม่พึงประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป

7.4 ทีมเก็บรวบรวมข้อมูล มีความรู้ความสามารถหรือเข้าใจบริบทในประเด็นการวิจัย มีทักษะในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพ มีความเป็นกลาง

7.5 มีการป้องกันและเก็บรักษาความลับอย่างเต็มที่ ได้แก่

1) การไม่ระบุชื่อ นามสกุลในแบบสอบถาม แต่ใช้รหัสและมีคู่มือรหัส โดยเก็บไว้คนละแห่งกับข้อมูล

2) มีตู้สำหรับเก็บข้อมูลและใส่กุญแจไว้ โดยมีลูกกุญแจเฉพาะทีมที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

3) มีเครื่องมือ อุปกรณ์เฉพาะการบันทึกหรือวิเคราะห์ข้อมูล โดยไม่เกี่ยวข้องกับงานอื่นไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่นได้ และตั้งรหัสการเข้าสู่ระบบด้วยค่าที่มีระดับความปลอดภัยสูง รวมทั้งจัดสถานที่สำหรับทำงานที่เฉพาะเท่าที่จะเป็นไปได้

4) ไม่ให้มีการยืม/นำเอกสารที่มีการบันทึกออกนอกพื้นที่

7.6 การวิเคราะห์ ความสำเร็จและนำเสนอผลการศึกษาในข้อมูลเชิงปริมาณ จะดำเนินการในภาพรวม ไม่ระบุตัวตนหรือที่อยู่หรือเอกลักษณ์ ที่ทำให้สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลได้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้นามสมมติแทน

7.7 มีการเก็บรักษาข้อมูลดิบไว้ และทำลายข้อมูลเมื่อได้รายงานผลการวิจัยครบกำหนด

7.8 มีการนำเสนอข้อค้นพบแก่ผู้มีส่วนในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาในเชิงระบบ และนำเสนอในเวทีทั้งในและต่างประเทศเพื่อให้เกิดการต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทที่ 4

ผลการดำเนินงาน

4.1 ข้อมูลระยะที่ 1 การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Plan)

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 1378 ราย เมื่อตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ คงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,278 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.15) อายุเฉลี่ย 63.56 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 93.04) สถานะสมรส (ร้อยละ 64.16) มีอาชีพ (ร้อยละ 62.99) พักในเขตชนบท (ร้อยละ 92.28) สถานการเงินมีพอใช้ (ร้อยละ 68.94) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.17) สามารถใช้โทรศัพท์แต่ไม่คล่องแคล่ว (ร้อยละ 51.25) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (ร้อยละ 59.08) ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 58.37) และมีความต้องการที่จะเสริมสร้างความรอบรู้ฯ (ร้อยละ 89.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N= 1,278)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	522	40.85
หญิง	756	59.15
2. อายุ Average 63.56 ปี(S.D 4.23) Min 60 years, Max 85 years	1205	94.29
1) < 80 ปี	73	5.71
2) ≥ 80 ปี		
3.ระดับการศึกษา		
1) ไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	1,189	93.04
2) สูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	89	6.96

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. สถานภาพ		
1) โสด	53	4.15
2) สมรส	820	64.16
3) หย่า หรือ หม้าย	405	31.69
5. อาชีพ		
1) มี	805	62.99
2) ไม่มี	473	37.01
6. การพักอาศัย		
1) ในเขตเมือง	22	1.72
2) ในเขตชนบท	1,256	98.28
7. ผู้ดูแล		
1) ไม่มี	230	18.00
2) มี	1,048	82.00
8. สถานะทางการเงิน		
1) พอใช้	881	68.94
2) ไม่พอใช้	379	29.66
9. โรคประจำตัว		
1) ไม่มีโรคประจำตัว	279	21.83
2) มีโรคประจำตัว	999	78.17
10. สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนในการหาข้อมูลด้านสุขภาพในอินเทอร์เน็ตได้		
1) คล่องแคล่ว	285	22.30
2) ไม่คล่องแคล่ว	655	51.25
3) ไม่สามารถใช้ได้	338	26.45
11. การสนับสนุนด้านสุขภาพจากครอบครัว		
1) ไม่มี	523	40.92
2) มี	755	59.08
12. การสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์		

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1) ไม่มี	746	58.37
2) มี	532	41.63
13 ความต้องการจะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ		
1) ต้องการ	1,138	89.05
2) ไม่ต้องการ	140	10.95

4.1.2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจำแนกรายด้าน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับที่ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 50) ทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านทักษะการสื่อสาร (22.54 ± 7.22) และด้านการจัดการตนเอง (22.54 ± 6.99) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจำแนกรายด้าน (N= 1,278)

ความรู้ด้านสุขภาพ	Low (≤ 25 pts, $\leq 50\%$) N(%)	Medium - High (> 25 pts, > 50 %) N (%)	Average score (Mean \pm S. D.)	Level of HL*
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (50 points)	816 (63.85)	462 (36.15)	23.62 \pm 7.30	Low
2. ความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (50 points)	500 (39.12)	778 (60.88)	27.30 \pm 7.55	Low
3. ทักษะการสื่อสารในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (50 points)	802 (62.75)	476 (37.25)	22.54 \pm 7.22	Low
4. ทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (50 points)	782 (61.19)	496 (38.81)	22.55 \pm 7.22	Low

5. การรู้เท่าทันสื่อในการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (50 points)	774 (60.56)	504 (39.44)	23.70 ± 7.391	Low
6. การจัดการตนเองในการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (50 points)	701 (54.85)	577 (45.15)	22.54 ±6.99	Low
รวม (300 points)	826(64.60)	452(35.40)	144.27 ±35.76	Low

*Level of Health Literacy ‘Low’ : ≤50%, ‘Moderate’: 50-74% and ‘High’ : ≥75%)

4.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุที่ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน

การวิเคราะห์ที่ละตัวแปร พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับความรู้สุขภาพในการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่ำ มี 4 ปัจจัย คือ สถานะโสด (2.05, 95% CI; 1.05,4.03, p =.033), การพักอาศัยในเขตชนบท (2.69 95% CI; 1.14,6.34, p =.019), ความสามารถในการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่คล่องแคล่ว (1.74, 95% CI;1.24,2.45, p =.001) และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (1.27, 95% CI;1.27,1.61, p =.043) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3: วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (N= 1278)

ปัจจัย	Low N(%)	Medium -High level N(%)	OR _{crude} (95%CI)	Chi-squared
1. เพศ				
ชาย	345(66.10)	177(33.90)	1.11 (0.88,1.41)	.364
หญิง	481(63.6)	275(36.4)		
2. อายุ				
1) < 80 ปี	51(69.90)	22(30.10)	1.29(0.77,2.15)	.336
2) ≥ 80 ปี	775(64.30)	430(37.7)		
3.ระดับการศึกษา				
1) ไม่เกินป. 6	772(64.9)	417(35.1)	1.1(0.7,1.75)	.674

ปัจจัย	Low N(%)	Medium -High level N(%)	OR _{crude} (95%CI)	Chi-squared
2) สูงกว่าป. 6	52(62.7)	31(37.3)		
4. สถานภาพ				
1) โสด	41(77.40)	12(22.60)	2.05(1.05,4.03)	.033*
2) สมรส	532(64.9)	288(35.10)	1.11(0.87,1.42)	.408
3) หย่า หรือ หม้าย	253(62.5)	152(37.50)	1	
5. อาชีพ				
1) มี	532(66.10)	273(33.9)	1.19 (0.94,1.5)	.156
2) ไม่มี	294(62.20)	179(3.8)		
6. การพักอาศัย				
1) ในเขตเมือง	817(65.00)	439(35.00)	2.69(1.14,6.34)	.019*
2) ในเขตชนบท	9(40.90)	13(59.10)		
7. ผู้ดูแล				
1) ไม่มี	151(65.70)	79(34.30)	1.06(0.78,1.43)	.721
2) มี	675(64.40)	373(35.60)		
8. สถานะทางการเงิน				
1) พอใช้	252(63.50)	145(36.50)	0.93(0.73,1.19)	.562
2) ไม่พอใช้	574(65.20)	307(34.80)		
9. โรคประจำตัว				
1) ไม่มีโรคประจำตัว	641(64.20)	358(35.80)	0.90(0.69,1.2)	.508
2) มีโรคประจำตัว	185(66.30)	94(33.70)		
10. สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟนในการหาข้อมูลด้านสุขภาพในอินเทอร์เน็ตได้				
1) คล่องแคล่ว	207(72.60)	78(27.40)	1.74(1.24,2.45)	.001*
2) ไม่คล่องแคล่ว	415(63.40)	240(36.60)	1.14(0.87,1.49)	.355
3) ไม่สามารถใช้ได้	204(60.40)	134(39.60)	1	
11. การสนับสนุนด้านสุขภาพจากครอบครัว				

ปัจจัย	Low N(%)	Medium -High level N(%)	OR _{crude} (95%CI)	Chi-squared
1) ไม่มี	355(67.90)	168(32.10)	1.27(1.01,1.61)	.043*
2) มี	471(62.40)	284(37.60)		
12. การสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์				
1) ไม่มี	488(65.40)	258(34.60)	1.09(0.86,1.37)	.488
2) มี	338(63.50)	194(36.50)		
13 ความต้องการจะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ				
1) ต้องการ	741(65.10)	397(34.90)	1.21(0.84,1.73)	0.304
2) ไม่ต้องการ	85(60.70)	55(39.30)		

* Significant ($p < 0.05$), ** Significant ($p < 0.01$)

*Level of Health Literacy was defined as ‘Low’ average <150 pts.), ‘Medium - High level’ ≥ 150 pts.

การวิเคราะห์ที่ละหลายตัวแปร พบว่า การพักอาศัยในเขตชนบท (2.77, 95%CI;1.18,6.67, $p = .025$)และ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่คล่องแคล่ว (1.61,95%CI; 1.20,2.171, $p = .001$)เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4: การวิเคราะห์ที่ละหลายตัวแปร (multiple logistic regression; backward stepwise: likelihood ratio) (N= 1278)

Factor	OR _{crude} (95%CI)	OR _{adjusted} (95%CI)	p value ^a
การพักอาศัย(ชนบท Vs ในเมือง)	2.70(1.14,6.25)	2.77(1.18,6.67)	0.025*
ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ (สามารถ vs ไม่สามารถ)	1.613(1.20,2.13)	1.61(1.20,2.17)	0.001*

^aWald's test, * Significant ($p < 0.05$), ** Significant ($p < 0.01$)

$$P(x) = 2.27(\text{อาศัยในชนบท})+1.61(\text{ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน})$$

จากค่า p -value of the Hosmer and Lemeshow goodness of fit (GOF) test = 1 ดังนั้น แสดงว่าตัวแปรสามารถเข้าได้กับสมการนี้

4.1.4 การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเชิงลึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้จ่าย และผลิตภัณฑ์สุขภาพ แบบกึ่งโครงสร้าง (เพศชาย 7 คน หญิง 8 คน รวม 15 คน)

1) โรคที่เป็นและการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีโรคประจำตัวจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเป็นประจำ เพราะอยากให้หายขาดแต่ก็รู้ว่าไม่หาย และอยากให้อาการดีขึ้น กินยาตามแพทย์สั่งเพราะกลัวจะป่วยหนักกว่าเดิม มีรายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “มีโรคประจำตัว แบบโรคของคนเฒ่านั่นล่ะ พอเฒ่ามากจะเป็นพวกที่เขานิยมกัน เบาหวาน ความดัน รักษาอะหม่ออยู่โรงพยาบาล เฝินให้ยามากินหลายโต กะคิดว่ามันบ่หายขาดดอก กินยาไปเรื่อยๆ บ่เคยหยุดยา เพราะหม่อเฝินว่า ถ้าบ่กินยาอาการมันจะหนักขึ้น แต่ก็อยากหาย แต่โรคหมูนีมันบ่หาย ก็ทำใจได้”

คนที่ 2 เพศหญิงอายุ 65 ปี “มีจำ เบาหวาน ยายเป็นมาหลายปีแล้ว กินยาอะคุณหม่อบ่มีขาด ไปตามทีหม่อเฝินนั่นล่ะ บ่หยุดยาดอก ยานตาย ยานเป็นหนักกว่าเก่า”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “ตายยังบ่ป่วยนะ แข็งดี บ่มีโรคภัย นี้กะ 70 กว่าแล้วกะไปฮั่วไปสวนได้”

คนที่ 4 เพศหญิงอายุ 70 ปี “เป็นโรคไตจำ หม่อว่าไตเสื่อม ก็กลัวยานได้ฟอกไต ก็พยายามรักษาตัวเอง กินยา กินอาหารตามที่หม่อเฝินบอก ”

คนที่ 5 เพศหญิงอายุ 62 ปี “ไม่รู้จำ บ่ได้ตรวจ เพราะบ่ได้ตรวจก็เลยจักป่วยบ่ป่วย แต่ก็รู้สึกว่เจ้าของแข็งแรงดี เดินเหินสะดวก”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “กะเป็นโรคคนเฒ่า ปวดแข้งปวดขา เจ็บท้องปวดเอว เป็นแล้วกะกินยาอะหาย แล้วกะเป็นใหม่ กะย้อนมันเฒ่าแล้ว”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “ป่วยเป็นโรคเครียด ปวดท้อง ลูกพาไปหาหม่อหม่อบอกเครียด แล้วได้ยาคลายเครียด กับยาลดกรดมากิน ไม่ได้ถึงกับทำให้ตายดอก แต่มันรำคาญ อยากหาย ไม่อยากป่วย ก็กินยาตามหม่อสั่ง ไปตามนัด บางทีกะอยากหยุดยา แต่ลูกไม่ให้หยุด ต้องกินเดี๋ยวลูกดำ”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “โรคเบาหวานจำ กับไขมัน กินยากับหม่อที่รพ. ป่วยหยงก็ฟ้าวไปหาหม่อ กินตามเฝินสั่งนั่นล่ะ บ่เปลี่ยนยาดอก มันลื้อนตราย”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันคัะ กินยา

ตามหมอล้าง ไม่ได้ปรับยา ไปรับยาตามนัดทุกครั้ง มีคิอดอยากหยุดยาแต่ไม่กล้าหยุด เพราะกลัวอันตราย”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “ไม่มีโรคประจำตัว มีแต่วงเวียนบ้างตามประสาคนมีอายุ”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรงดี แต่ตรวจเช็คสุขภาพประจำปีทุกๆปีไม่ขาด มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็พบแพทย์ที่รพ.”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “มีโรคประจำตัวเป็นความดันและพอก ก็จะมีเบาหวาน ไขมัน และโรคไตเสื่อม เป็นมาหลายปีแล้ว เป็นความดันก่อน หลายปีต่อมาพอกมันก็ตามมา กินยาตามหมอโรงพยาบาลเพิ่มให้มา แต่บางทียากหลายกะมีลิ้มบ้าง กินบ้าง จจริงๆกะอยากกินให้ถูกต้องกินให้ครบ แต่บางทีติดธุระเลยลืม”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “ไม่ป่วย แข็งแรงเดินเหินได้ดี แต่ถ้าป่วยก็กินยาสมุนไพร ในสวนมีหลาย อยากได้หยั่งก็ไปเลาะหา ป่วยก็กินยา เช่น ยาฟ้าทะลายโจร ยารางจืด ดีปลาช่อน หวานต่างๆมีหลาย ดูแลจะของได้อยู่”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “เคยป่วยเป็นโรคคอกพอกเป็นพิษ กินยาอยู่ตั้งนาน เดียวนี้หายแล้วป่วยหยั่งดอก แต่ถ้าป่วยก็คงจะไปพบหมอบพบแพทย์เพื่อให้เพื่อนได้รักษา ได้ดูแล”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “บ่เจ็บป่วยหยั่งดอก แข็งแรงดี ยังไม่ทำอะไรไถนาได้อยู่”

2) การใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง

พบว่าหากเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ซื้อยามารับประทานเอง บางคนก็มีลูกเป็นคนซื้อให้ ซื้อจากร้านชำ ร้านยา ร้านยาและซื้อจากการขายตรง เช่นแบบสมัครสมาชิก เป็นต้น ซึ่งบางรายจะมีการสอบถามคนอื่น หรือค้นหาข้อมูลก่อนเลือกใช้ รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “ถ้าป่วยเล็กน้อยๆกะไปได้ไปหาหมอดอก ไปร้านค้าซื้อยามา กิน บางทีลูกก็ซื้อมาให้ อาหารเสริมก็เคยกินตอนนี้กินแล้ว มันปดี หมอบอกว่าปดี กะเลยย่าน ตาบ่กินแล้ว”

คนที่ 2 เพศหญิง อายุ 65 ปี “ก็มีบ้าง เวลาเจ็บป่วยเป็นไข้เป็นหวัด ลูกกะซื้อจากร้านขายยา มาให้”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “ก็เคยเต่ ซื้อยานำร้านยา นำร้านขายยา ยามปวดเมือปวดแข้งขา บางทีกะเป็นไข้ ปวดท้องกะซื้อยากิน”

คนที่ 4 เพศหญิง อายุ 70 ปี “ก่อนป่วยก็ซื้อกินเรื่อยๆ อาหารเสริมสุขภาพอันไหนดี กะให้ลูกหามาให้ แต่ว่าตอนนี้คุณหมอบอกว่าถ้ากิน ไตมันเสื่อมกว่าเก่า มันจะได้พอกได้ เลยบ่กิน”

คนที่ 5 เพศหญิง อายุ 62 ปี “ไม่ค่อยได้ซื้อยากินจ้่า เจ็บป่วยเล็กน้อยๆก็กินยาสมุนไพร พื้นบ้าน ดีปลาช่อน ฟ้าทะลายโจร ชิง หรืออื่นๆ”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “ซื้อยาแก้ปวดที่ร้านค้า กินแล้วหาย บางทีเขามาขายยาน้ำสมุนไพรแก้ปวดขาที่ซื้อ กินไม่หมดขวดหายแล้วก็ได้กินอีก เขามาเดินขายตามบ้าน แต่เดี๋ยวนี้ไม่เห็นมี”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “ซื้อเรื่อยๆ ยาแก้ปวด แก้เมื่อย สมุนไพรที่ซื้อ อันไหนเขาว่าดีก็ซื้อ บางทีก็มาขายให้ถึงหน้าบ้าน บางทีก็เดินไปซื้อที่ร้านค้า แอบลูกซื้อ ถ้าลูกรู้ก็จะบ่น แล้วชนไปที่ไม่ให้กิน”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “เคยซื้อยาบำรุงร่างกายที่เขาว่าดีก็ซื้อ สมัยเป็นครู เขามาขายที่โรงเรียนก็ซื้อ เดี่ยวนี้ไม่ซื้อแล้ว เพราะไม่รู้จักซื้อที่ไหน อยู่บ้านไม่ค่อยได้เจอใคร”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “เคยซื้อพวกขายตรง เช่น กิฟฟารีน แอมแวร์ และอื่นๆ อันไหนเขาว่าบำรุงร่างกาย ดูแลสุขภาพก็ใช้หมดแหละ”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “เคยซื้อ พวกขายที่ต้องสมัครสมาชิก อันไหนดีก็ใช้ ไม่ดีก็ไม่ใช้”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “ปกติก็ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบำรุงร่างกาย แต่ต้องหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ยืนยันก่อนถึงจะตัดสินใจ”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “ลูกเป็นคนพาไปหาหมอ เจ็บป่วยเป็นไข้เป็นหวัด เขากะพาไปหาหมอ ถ้าบ่ว่างเขาก็จะซื้อมาจากร้านยา เขาดูแลตลอด บ่ได้หาซื้อเองดอก”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “ส่วนใหญ่บ่ได้ซื้อยาซื้ออาหารเสริมหยั่งดอก ใช้สมุนไพรที่มีก็เพียงพออยู่”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “ถ้าเจ็บถ้าป่วยกะมีลูกมีหลายคอยดูแลอยู่ดอก บ้านอยู่ใกล้ๆ กัน ไปมาหาสู่กัน บ่ได้หาซื้อยากินเองเลย”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “ถ้าเจ็บป่วยก็หาซื้อกินเอง ไม่ไปรบกวนลูกดอก เขายากแล้วทำงานก็เหนื่อยแล้ว เลยต้องหาซื้อเอง ใช้เอง”

3) การเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยตัวเอง โดยการเลือกคือ เลือกจากราคาแพง เคยมีคนใช้/มีตัวอย่างยืนยัน น่าเชื่อถือ เลือกตามอาการ ลูกหามาให้ และตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง หาข้อมูลเอง ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยใช้ เพราะกลัวอันตรายและใช้ยาจากแพทย์เท่านั้น รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “เคย แต่ตอนนี้ไม่แล้ว ตอนนั้นวิธีคือเลือกอันที่แพง เพราะมันน่าเชื่อถือมันมีคุณภาพดี”

คนที่ 2 เพศหญิง อายุ 65 ปี “เคย ก็เลือกอันที่มีคนเขารับรอง เขาใช้แล้วว่าได้ ค่อยซื้อ ไม่ซื้อ

มั่วหรือกมันอันตราย”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “เคย ก็เลือกตามอาการนั้นละ ป่วยเป็นหยังกี่ชื่อมารักษา จะได้หายจะได้เขา”

คนที่ 4 เพศหญิงอายุ 70 ปี “เคยจำ อันไหนมีคนยืนยันว่าเคยใช้แล้วได้ผลดี ก็เลือก เพราะเขายืนยันแล้วนี่”

คนที่ 5 เพศหญิงอายุ 62 ปี “ไม่เคยจำ แต่ถ้าให้เลือกก็จะเลือกของดีมีคุณภาพ น่าเชื่อถือมีตรารับรองยืนยัน”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “เลือกเองตลอด ไม่มีใครรู้ตัวเราเท่าเราอีกแล้ว กินให้ถูกตัวเองจะได้หาย”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “เลือกเอง เราต้องหาย ก็เลือกอันที่มีราคาดีหน่อย ไม่ถูกเกินไปเลือกอันที่มีเลขอย.จะได้ปลอดภัย”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “เลือกเอง เพราะเราพอมีความรู้ ดูอันที่น่าเชื่อถือ มีการรับรอง ไม่ใช่ลุ่มลุ่มห่ามันจะอันตราย”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “เลือกเอง ตามแหล่งที่น่าเชื่อถือ บริษัทที่น่าเชื่อถือ แล้วก็ฟังข้อมูลจากที่คนขาย และถ้าสมัครเป็นสมาชิกจะราคาถูกลง และมีส่วนลด ส่วนใหญ่ก็เลือกแบบนั้น ซึ่งโรงงานผลิตเขาก็น่าจะได้มาตรฐาน”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “เลือกร้านค้า หรือบริษัทที่มีชื่อเสียงน่าเชื่อถือ”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “เลือกจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ มีบริษัทขาย หรือตัวแทนจำหน่ายที่ชัดเจน มีฉลากครบถ้วน”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “เคย อันไหนเชื่อว่าดีก็หามากิน ก็คนเขาบ่มีใฝ่อยากป่วยดอก มีตะออยากช่วงอยากเขา แต่ว่าเดี๋ยวนี้พอใช้แล้ว เดี่ยวโตเสื่อกกว่าเก่า คุณหมอเพิ่นสั่งไว้ห้ามใช้ยาสมุนไพร”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “บ่ได้ซื้อเฟิ่นดอก ใซยาจะของ ใซยาพื้นบ้านที่จจะของพอมิพอได้รักษาตัวจะของ บ่ได้เดือตร้อนไฟ”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “ส่วนใหญ่ลูกหาให้ถ้าป่วยเขาก็หายมาให้ บ่ค่อยได้ซื้อเอง”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “เคย ให้เลือกอันที่ดีๆ และน่าเชื่อถือ”

4) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการโฆษณาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น เคเบิลทีวี วิทยุ รถเร่ ออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าเป็นการโฆษณาเกินจริงไม่น่าเชื่อถือ แต่หากมีคนมีความรู้เช่นบุคลากรทางการแพทย์ หรือมีผู้ป่วยมายืนยันก็จะน่าเชื่อถือ รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “บ่เชื่อดอก ซี้ตัว หมอบอกว่ามันบ่หายขาด แต่ในโฆษณาเนาะ รักษาได้ทุกโรค มันบ่จริง ไม่เชื่อดอก บ่ซื้อดอก”

คนที่ 2 เพศหญิงอายุ 65 ปี “ต้องคิดดีๆชะก่อน บ่แนใจกะไปถามคุณหมอเพิ่นก่อน เพิ่นฮู้กว่าเฮถ้าหมอเพิ่นว่าใช้ได้กินได้ ยายก็อาจจะลองใช้เบิ่ง ทุกๆคนก็อยากสุขภาพดีนั่นล่ะ”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “บ่เชื่อดอก ในโฆษณามันเกินจริง บ่มียาวิเศษดอก เฮต้องดูแลสุขภาพตัวเอง ต้องออกกำลังกาย”

คนที่ 4 เพศหญิงอายุ 70 ปี “ถ้ามีคนป่วยมายืนยัน หรือหมอมาเว้ายืนยันก็น่าเชื่ออยู่เด๋น้อ เพิ่นดีซึ่มเพิ่นเฮากะเป็นตาซื้อกิน”

คนที่ 5 เพศหญิงอายุ 62 ปี “บ่น่าเชื่อถือ เกินจริงทั้งนั้นแหละจ้่า บ่เชื่อ บ่ซื้อดอก”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “แล้วแต่ตัวยา ถ้ามีคนป่วยมายืนยันว่าหายก็น่าเชื่ออยู่ เขาหาย เขาจึงกล้าบอก กล้าแนะนำ”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “ถ้าหมอ ถ้าคนป่วยยืนยันว่าเฮา ก็น่าจะเฮาเนาะ บ่มีใฝมาตัวกัน ดอกความเจ็บความป่วย”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “ส่วนใหญ่ก็เกินจริง ไม่น่าเชื่อถือ แต่ด้วยนิสัยปกติของคนทั่วไป เห็นเขาว่าดีก็อยากลองเด๋น้อ”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “ถ้าเป็นวิทย์ โทรศัพท ไม่น่าเชื่อถือ แต่ถ้าเป็นบริษัท ขายตรง บางอย่างก็น่าเชื่อถือ มีหมอ มีคนมีความรู้มายืนยัน มีคนเคยใช้มายืนยัน เพราะเขาใช้ได้ ใช้ดีก็น่าจะไม่อันตรายใดๆ”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “บางอย่างน่าเชื่อถือ บางอย่างก็ไม่น่าเชื่อถือ พิจารณาเอง”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “ในทีวี และในวิทย์ไม่ค่อยน่าเชื่อถือ ส่วนใหญ่โฆษณาเกินจริง”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “มันตัว บ่น่าเชื่อถือดอก ฟอลองมาหลายชนิดแล้ว บ่คือ อย่่าไปเชื่อคำโฆษณา”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “โฆษณาน่าเชื่อถือดอก ถ้ารักษาได้จริงคือสิบ่มีคนป่วย คนตายดอกให้ใช้สติพิจารณาดีๆ อย่่าหลงซื้ออียังง่าๆ”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “โฆษณาอาจจะเชื่อถือได้ หรือบ่ได้ เท็จหรือจริงเฮากะต้องพิจารณาเอง”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “แล้วแต่ บางอย่างก็เชื่อได้ บางอย่างก็ไม่”

5) หากลูกหลาน/ญาติ/เพื่อนบ้าน ได้นำยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพมาให้ใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ แต่ต้องพิจารณาให้ดีก่อน รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “กะเบ็งก่อนนั้นล่ะ ว่าเป็นของแท้บ่ อันตรายบ่ มีประโยชน์บ่ ถ้าดีก็อาจจะใช้”

คนที่ 2 เพศหญิงอายุ 65 ปี “คิดก่อน ถ้ามหมอก่อน ถ้าหมอบอกใช้ได้ ก็จะใช้ กะเขาเอามาให้แล้วน้อ เสียตาย ถ้าหมอบอกใช้บ่ได้ กะเอาทิ้งซะ”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “กะเคยมีอยู่ นานแล้วก็ใช้นะ หลานเอามาให้เป็นน้ำผลไม้บำรุงร่างกายตอนนี้หมดแล้วไม่มีแล้ว ใช้เพราะบ่ใช่ยาเป็นของบำรุงก็อยากสุขภาพแข็งแรง”

คนที่ 4 เพศหญิงอายุ 70 ปี “เสียตายเค้ซื่อมาแล้ว ก็ต้องใช้ บ่มีคนเอาแนวบ่ดีมาให้ดอก เขายังก เขาวังดินนั้นล่ะจั่งซื่อมาให้”

คนที่ 5 เพศหญิงอายุ 62 ปี “บ่กินจ้่า เพราะว่่าบ่ป่วย สุขภาพแข็งแรงดีอยู่ บ่จะเป็น”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “เขายังกเฮา เขาบ่เอายาพิษให้ดอก เขาก็หาตะแนวดีจ้่ามีให้กิน เขามีความรู้ว่่าเฮา อันไหนเขาเลือกแล้วก็น่าจะดี บ่น่าจะอันตราย”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “แล้วแต่อาการ ถ้าเอามาให้เราเป็นสิ่งที่ต้องการก็ใช้ แต่ส่วนใหญ่ไม่เอามาให้ดอก มีแต่มาชนของเราทิ้ง”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “ถ้ามีประโยชน์ ไม่อันตรายก็อาจจะใช้ ถ้าพิจารณาแล้วว่่าอันตรายก็อาจจะรับมาแล้วไม่ใช้ สงสารคนทีเขาให้มา”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “ถ้าดีก็ใช้ ไม่ดีก็ไม่ใช้ เราตัดลินใจเองอีกที”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “ตอนนี้สุขภาพยังแข็งแรง ไม่กินยาถ้าไม่ป่วย แต่ถ้าอาหารเสริมให้สุขภาพดีก็อาจจะกินถ้าไม่แพงเกินไป”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “อาจจะใช้หรือไม่ใช้ ต้องพิจารณาให้ดีก่อนว่่าลิ่งนั้นคืออะไร ถ้ามีประโยชน์หรือบำรุงร่างกายให้สุขภาพแข็งแรงก็อาจจะใช้”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “ถ้าดีก็ใช้ ไม่ดีก็ไม่ใช้ คืออันนี้แต่ก่อนนะ ต้องตัดลินใจอีกที รับไว้ก่อนกลัวเสียน้ำใจคนเอามา แต่เดี๋ยวนีหมอเพิ่นห้ามไว้ เลยไม่ใช้เลย ใช้แต่ยาหมอเพิ่นอย่างเดียว เพราะย่านได้ฟอกไต”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “เขาบ่เอามาให้จักเทื่อดอก เขาทำงานอยู่ไกล โดนๆมายาม อาจะเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เขาก็มายาม แต่ว่าเขาบ่ซื่อยา ซื่ออาหารเสริมมาให้ดอก เขาซื่อว่าพ้อมีสมนไพรหลาย เอามาให้กะคือลิบ่กินอยู่แล้ว”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “คิดว่าใช้ เขาคงเอาของดีจ้่ามาให้อยู่แล้ว ไม่เอาของไม่ดีมาหรอก”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “อย่าไปหลงซื่อมันเด้อ มันตัวดอก”

6) ความสามารถแนะนำการเลือกใช้อย่างหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าแนะนำได้ โดยแนะนำให้เลือกอันที่ดีมีคุณภาพ มีรับรอง มีเลข
อ.ย. รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “ก็เลือกของดีมีคุณภาพ มีตราอย.นั่นแหละ เห็นว่ามีกา
รับรอง”

คนที่ 2 เพศหญิงอายุ 65 ปี “พอได้อยู่แล้ว เลือกว่าอันที่มีเขียน อย.นั่นแค่ ปลอดภัย ”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “ได้อยู่ เลือกว่าอันที่มีตรา อย. แล้วก็ราคาไม่ถูกเกินไป ต้อง
พิจารณาอันที่มีคุณภาพ”

คนที่ 4 เพศหญิงอายุ 70 ปี “กะเลือกอันดีมีคุณภาพ ถ้ามีคนใช้แล้วได้ผล อันนั้นละ
น่าเชื่อถือ”

คนที่ 5 เพศหญิงอายุ 62 ปี “ถ้าให้เลือกกะเลือกว่าร้านยาคุณหมอเภสัชพูนแล้ว จัง
น่าเชื่อถือ พี่นก็จะแนะนำให้ถูกกับโรคเราด้วย”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “แนะนำได้ ก็เลือกอันที่ถูกโรค ถูกอาการระของ อย.ไป
เลียนแบบเขาต้องรู้อาการตัวเอง จะได้หายป่วย”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “แนะนำไม่ได้หรอก แต่ละคนไม่เหมือนกัน ไปถามหมอเองโลด”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “เลือกของดี มีคุณภาพ แต่จะให้ดีต้องปรึกษาแพทย์ก่อน”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “แนะนำให้เลือกอันที่มีคุณภาพ บริษัทที่น่าเชื่อถือ ไม่นอนเม
เดียวได้ของปลอม ไม่น่าเชื่อถือ”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “แนะนำเลือกคุณภาพ มาก่อนราคา”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “แนะนำจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ข้อมูลชัดเจน หากโฆษณาเกิน
จริง เช่น รักษาได้ทุกโรค ไม่ควรซื้อ เพราะไม่มียาที่รักษาได้ทุกโรค”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “พอจะแนะนำได้ แต่ไม่ใช่ผู้ชำนาญ ผู้เชี่ยวชาญ ฝอยยากได้
คำแนะนำก็ต้องไปพบหมอพบแพทย์”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “แนะนำไปได้ปานได้ดอกร เอาเป็นว่าอย่าเชื่อคนง่าย มีสติ คิด
ดีๆ ซื้อมันก็จะเสียตายนะ”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “แนะนำของดีมีประโยชน์ อย่าเชื่อคนอื่นง่าย ต้องคิดดีๆ”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “แนะนำได้เล็กน้อยเฉพาะอันที่เราเคยใช้”

7) สิ่งสำคัญที่สุดที่จะตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพให้
สุขภาพแข็งแรง ไม่ป่วยและอายุยืนนาน รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “อยากหายจากความเจ็บป่วย อยากสุขภาพดีกับทุกคนแหละ”

คนที่ 2 เพศหญิงอายุ 65 ปี “ถ้ามีคนใช้แล้วได้ผล หมอให้ใช้ได้ ก็จะใช้”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “การเจ็บป่วย ถ้าป่วยก็อยากสุขภาพดี ก็ต้องใช้ยาที่อ่อนนุช
แล้ว”

คนที่ 4 เพศหญิงอายุ 70 ปี “อยากสุขภาพดีขึ้นจ้า”

คนที่ 5 เพศหญิงอายุ 62 ปี “สุขภาพดีจ้า บ่อยากเจ็บป่วย บ่อยากตาย ก็ต้องใช้ยาตามโรค
เฮา”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “อยากเฮา อยากหาย อยากสุขภาพดีกว่าเก่า เดินเหินไปไหนมา
ไหนได้สะดวก”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “อยากหาย ร้าคาญ”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “อยากสุขภาพดี อยากแข็งแรง”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “ให้สุขภาพดี อายุยืนนาน”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “อายุยืน”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “บำรุงร่างกาย ให้สุขภาพดี สุขภาพแข็งแรง อายุยืนนาน ไม่
เจ็บไม่ป่วย”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “ให้เขาเจ็บเขาป่วย”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “ให้สุขภาพดี บ่เจ็บไข้ได้ป่วย อยู่ได้โดนๆ”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “อายุยืน อยู่ได้โดนๆ นานๆ”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “สุขภาพดี มีแรงในการทำงาน ไม่เหน็ดไม่เหนื่อย”

8) ความรู้ที่จะจัดการสุขภาพตัวเองในการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าดูแลตัวเองได้ รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “กะพอมีอยู่ บ่เชื่อคนง่ายๆดอก ต้องเชื่อคุณหมอ อันได้ชี้ตัวกะ
บ่กิน โฆษณาเกินไปกะบ่น่าเชื่อถือเด้อ มันตัว”

คนที่ 2 เพศหญิงอายุ 65 ปี “จัดการได้ มีอะไรไม่เข้าใจกะถามหมอ”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “มีเต็บอยู่น้า บ่เลือกสุมสี้สุมห้าดอก เลือกอันที่ดี มีประโยชน์ บ่
กินของที่บ่น่าเชื่อถือ หรืออันตรายกับกะจะของดอก”

คนที่ 4 เพศหญิงอายุ 70 ปี “นิคหน่อย เรียนน้อยน้อ ถ้าอันได้บ่รู้กะถามลูกถามหลานผู้เขา
เรียนสูงกว่าผู้เฒ่า”

คนที่ 5 เพศหญิงอายุ 62 ปี “มีจ้า จัดการได้ อันไหนไม่ดีเฮาบ่อย่าไปยุ่งกับมัน มันอันตราย
คัก”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “มี ดูแลตัวเองได้ สามารถเลือกอันที่เหมาะสมกับตัวเองได้”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “มีนิดหน่อย บ่พอดอก เขาบ่ได้เรียนมาคือหอมเพิ่น ถามหอม โลด”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “จัดการได้ ป่วยเล็กน้อยๆ ก็สังเกตอาการแล้วไปพบแพทย์ อย่างที่ไว้นาน”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “จัดการให้เหมาะสมกับตัวเองได้ เพราะหาข้อมูลเพิ่มเติมได้”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “มีหลายอยู่ แต่คิดว่าถามหอมด้วยจะดีกว่า”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “พอจะมีความรู้อยู่บ้าง พอจัดการได้หากมีการเจ็บป่วย แต่ ถ้าหากยากเกินไปก็อาจจะไปปรึกษาแพทย์ ปรึกษาผู้รู้ หรือค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “มีพอเบิ่งแงงจะของได้ แต่ว่าควรไปพบแพทย์ พบคุณหมอจะ ดีกว่า คนเรียนมา เพิ่นฮู้จักเหมิด อยากรู้ได้ อยากรู้หยังให้ถามเพิ่นจะดีกว่า”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “มีพอได้ดูแลตัวเอง แต่บ่ถึงขั้นกล้าไปแนะนำเขาดอก เขาบ่ แม่นหอมพอดูแลจะของได้กะพอ”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69 ปี “บ่ ต้องถามลูกถามหอม ตากะบ่ดีแล้ว ควรฟังพาลูกดีกว่า จัดการเอง”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71 ปี “ไม่เพียงพอ ยังมีสิ่งที่ต้องรู้อีกมาก”

9) หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าหากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจะถามหมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่ชัด บางรายจะมีการค้นข้อมูลด้วยตัวเองทางอินเทอร์เน็ต (google) รายละเอียดดังนี้

คนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี “สงสัยกะถามคุณหมอยามไปโรงพยาบาล”

คนที่ 2 เพศหญิง อายุ 65 ปี “ถามคุณหมอเพิ่นแล้วจ้า”

คนที่ 3 เพศชาย อายุ 72 ปี “ส่วนใหญ่โลกสมัยนี้ทุกคนมีอินเทอร์เน็ตฮือ ซุมบ่เฒ่า เด็ก น้อยๆแน่งๆ นี้หมด ตาฮู้เดว่ามันมีข้อมูลในนั้น บางทีกะให้หลานกดหาความรู้ในนั้นละอ่านให้ฟัง ตาบตี บ่เห็นฮูงดอก เพิ่นว่าอยากฮู้ยังถามอาภู่เด่ ภูเกิลนั้นหนา ตาทันสมัยอยู่เด่ แต่ให้หลานกดให้”

คนที่ 4 เพศหญิง อายุ 70 ปี “ถามลูก ถามอสม. ถามหมอ แล้วตะเหตุการณ”

คนที่ 5 เพศหญิง อายุ 62 ปี “หาข้อมูลในเน็ตก็ได้ สมัยใหม่ พิมพ์ไปแป็บเดียวก็เห็นแล้ว แต่ สายตาบ่ค่อยดีต้องใช้แว่นตา”

คนที่ 6 เพศชาย อายุ 65 ปี “ถามหมอ ถามลูก แล้วแต่เหตุการณ”

คนที่ 7 เพศชาย อายุ 68 ปี “ถามหมอ แต่ส่วนใหญ่บ่ได้ถาม เพราะบ่ค่อยได้ไปรพ.”

คนที่ 8 เพศหญิง อายุ 63 ปี “ถามคุณหมอ บางทีก็ค้นในอินเทอร์เน็ต มันสมัยใหม่แล้ว มี

ข้อมูลมากมายถ้าหาเป็น”

คนที่ 9 เพศหญิง อายุ 60 ปี “สมัยใหม่แล้ว หาข้อมูลเพิ่มเติมในเน็ตได้ ถามลูกได้”

คนที่ 10 เพศหญิง อายุ 67 ปี “ถามหมอ ถามเจ้าหน้าที่เพื่อนั่นล่ะ เพื่อนเรียนมา เพื่อนรู้
หมด”

คนที่ 11 เพศหญิง อายุ 61 ปี “อาจจะไปปรึกษาแพทย์ ปรึกษาผู้รู้ หรือค้นหาข้อมูลทางอิน
เทอร์เน็ต”

คนที่ 12 เพศชาย อายุ 65 ปี “สอบถามแพทย์ถามหมอเพื่อนจะดีกว่า เพื่อนเรียนมา”

คนที่ 13 เพศชาย อายุ 62 ปี “ตอนนี้มีหยังสงสัย แต่ถ้าสงสัยก็คือไปถามหมอผู้เพื่อนได้
เรียนวิชาฟูล่ะ”

คนที่ 14 เพศหญิง อายุ 69ปี “ปรึกษาแพทย์ ปรึกษาลูก”

คนที่ 15 เพศชาย อายุ 71ปี “ปรึกษาคุณหมอ”

4.1.5 การสนทนากลุ่ม(Focus group) การศึกษาระบบเผาระวังคุ้มครองผู้บริโภคใน การในยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 เกสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญ 5 – 10 คน

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนผู้สูงอายุ 5 – 10 คน

กลุ่มที่ 3 ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 – 10 คน

กลุ่มที่ 4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 5 – 10 คน

กลุ่มที่ 5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 -10 คน

กลุ่มที่ 6 คุณครูในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สรุปข้อมูลดังนี้

กลุ่มที่ 1 เกสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน

ให้ความเห็นว่า การโฆษณาขายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ปลอดภัย ไม่มีคุณภาพ
ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นปัญหาที่แก้ได้ยาก เพราะว่ามี การปรับเปลี่ยนกล
ยุทธ์อยู่เสมอ จากในอดีตเป็นการขายผ่านรายการวิทยุ มีผู้นำเชื้อถือหรือคนป่วยมาพูดโน้มน้าว พัฒนา
มาเป็นสื่อรายการในเคเบิลทีวี และพัฒนาการสู่การโฆษณาในโลกออนไลน์ ทั้งเฟซบุ๊ก ยูทูป โลก และ

ช่องทางอื่นๆ อีกทั้งยังมีการให้สมัครสมาชิก หรือการสะสมแต้ม เพื่อเป็นการโน้มน้าวจิตใจ มีการขายตรงสู่ผู้บริโภค ทำให้การจัดการตรวจสอบได้ยากขึ้น ประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายมากขึ้น ซึ่งชุมชนทุกชุมชนมีมาตรการการเฝ้าระวังการซื้อขายยา แต่เป็นการเฝ้าระวังพวกจรดขายเร่ การเดินขายตรงตามหมู่บ้าน การแสดงงู แสดงลิง หนังขายยา ประเภทเหล่านี้จัดการได้ แต่ประเภทในสื่อออนไลน์ยังจัดการได้ยาก ตรวจสอบยาก เพราะเป็นการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะบุคคล ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ควรดำเนินการเร่งแก้ไข โดยสร้างความตระหนัก การรับรู้ ความรอบรู้ระดับบุคคลก่อน เพราะเป็นจุดแรก จุดเริ่มต้น ก่อนขยายผลไปยังระดับชุมชน หรืออาจจะส่งเสริมความรู้ ให้รู้เท่าทันทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชนไปพร้อมๆ กัน โดยปัจจัยความสำเร็จนั้นจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้สูงอายุและชุมชนนั้นๆ ด้วย ตลอดจนการสนับสนุนทั้งด้านกำลังคน และงบประมาณในการจัดการแก้ไขปัญหาการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน ปลอมหรือผิดกฎหมาย

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนผู้สูงอายุ 5 คน

ให้ความเห็นว่า ในอดีตพบเห็นการโฆษณาขายยาในหนังสือกลางแปลง ละครลิง รถเร่ และอื่นๆ ที่เข้ามาในหมู่บ้าน แต่ปัจจุบันมีทั้งในรายการวิทยุ มีทั้งคนมาชวนในหมู่บ้าน ในเฟส ยูทูป ไลน์ ลูกหลานเอามาให้ มีหลายอย่างๆ ซึ่งมีความสะดวกมากขึ้น แต่ก็ไม่รู้ว่าควรใช้ไหม คนที่มีโรคประจำตัวจะอันตรายหรือไม่ อีกทั้งยังราคาแพง แต่ก็อยากหาย บางครั้งก็ต้องลองเสี่ยงใช้ดู ก็ดีขึ้น บางคนก็ไม่ดีขึ้นแล้วก็หยุดใช้เพราะเสียตายนเงิน การแก้ปัญหาคือ ถ้าสงสัยก็นำยาที่ซื้อเองไปถามหมอ(ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์) แต่บางครั้งก็ไม่กล้าถาม จริงๆ แล้วอยากมีความรู้ว่าจะดูอย่างไรว่าเราใช้ได้ จะรู้ได้อย่างไรว่าใช้ได้ผล อยากดูแลสุขภาพตัวเองได้ ไม่ใช่ไปป่วยที่ไรก็ไปโรงพยาบาล อยากมีความรู้ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หากมีการให้ความรู้เรื่องนี้ ก็น่าจะทำให้การตัดสินใจดีขึ้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องช่วยให้ความรู้ด้านนี้และช่วยสอดส่องปัญหาหาแนวทางแก้ไขและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ควรเร่งดำเนินการเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็อยากมีสุขภาพที่ดี อยากอยู่กับลูกกับหลานไปนานๆ หากใช้ยาที่มีคุณภาพที่รักษาตัวเองได้ ก็น่าจะเป็นสิ่งที่ดี

กลุ่มที่ 3 ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน

ให้ความเห็นว่า การโฆษณาขายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ปลอม หรือไม่มีคุณภาพ มีอยู่หลากหลาย ทั้งให้สมัครสมาชิก โน้มน้าวจิตใจ ชื่อจำนวนมากจะลดราคา หรือการสะสมแต้ม เพื่อเป็นการโน้มน้าวจิตใจ มีการขายตรงสู่ผู้บริโภค ประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการมีสุขภาพที่ดี จึงพยายามเสาะแสวงหาการรักษาสุขภาพของตัวเองได้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งทุกชุมชนมีมาตรการการเฝ้า

ระวังการซื้อขายยา แต่เป็นการเฝ้าระวังพวกรถขายเร่ แต่ประเภทในสื่อออนไลน์ตรวจสอบยาก ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ควรดำเนินการเร่งแก้ไข การตรวจสอบสอดส่องดูในชุมชนก็เป็นหน้าที่หลักที่สำคัญของอสม. แต่ว่าบางครั้งก็ขาดกำลังใจในการทำงาน เพราะค่าตอบแทนน้อย ที่ยังทำอยู่เพราะทำด้วยใจ ทำด้วยความเสียสละ ได้บุญ แต่หากทางหน่วยงานรัฐ หรือเอกชนจะให้การสนับสนุนในการทำงานจะยิ่งดียิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 5 คน

ให้ความเห็นว่า การโฆษณาขายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ปลอม ไม่มีคุณภาพ โดยท้องถิ่นมีมาตรการการเฝ้าระวังการซื้อขายยาแต่ยังไม่ครอบคลุม ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะส่วนที่ดูแลด้านสุขภาพโดยตรง ทางท้องถิ่นมีหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือกำลังคนและงบประมาณ ปัญหาการเลือกใช้ยาหรือซื้อขายยาที่ผิดกฎหมายเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ควรดำเนินการเร่งแก้ไข โดยสร้างความตระหนัก การรับรู้ ความรอบรู้ให้รู้เท่าทันทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชนไปพร้อมๆกัน โดยปัจจัยความสำเร็จนั้นจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ต้องขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนความร่วมมือของผู้สูงอายุและคนในชุมชนนั้นๆด้วย ตลอดจนการสนับสนุนทั้งด้านกำลังคนและงบประมาณในการจัดการแก้ไขปัญหาการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน ปลอมหรือผิดกฎหมายซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพร้อมสนับสนุนช่วยเหลือเท่าที่จะพอทำได้ เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี

กลุ่มที่ 5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องกินยาตลอดชีวิต เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการเจ็บป่วยตามวัย เช่น ปวดเข่าปวดขา ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีกำลัง สายตาพร่ามัว มีความวิตกกังวลในความเจ็บป่วย เสาะแสวงหาการรักษาเพื่อนำตนมีสุขภาพที่ดีขึ้นและให้หายจากการเจ็บป่วย เมื่อมีโฆษณาหรือมีผลิตภัณฑ์ต่างๆมาให้พบเห็น ทั้งในทีวี วิทยุ ออนไลน์ต่างๆ มีความอยากทดลองใช้ เพราะมีความหวังว่าจะหายหรือดีขึ้น บ้างก็แอบซื้อใช้เองโดยไม่บอกลูกหลาน บ้างก็ให้ลูกหลานซื้อมาให้ บางทีลูกหลานเองก็อยากให้มีสุขภาพดี พบเห็นว่าผลิตภัณฑ์นั้นน่าจะรักษาได้ก็ซื้อมาให้ เพราะหวังว่าจะหาย แต่ว่า บางครั้งไม่หาย สิ้นเปลืองเงินทอง อีกทั้งบางคนยังทำให้สุขภาพกลายเป็นแย่ลงเรื่อยๆ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นในการทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าใจและมีความรู้ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างน้อยก็มีอบรม ให้ความรู้ เพื่อที่จะสามารถดูแลตัวเองได้ โดยภาครัฐ เช่น อบต. รพ.สต. ต่างๆ ควรช่วยสอดส่องดูแลและสนับสนุนให้มีการเลือกใช้ที่ถูกต้อง

กลุ่มที่ 6 คุณครูในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ให้ความเห็นว่า ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและอื่นๆ แต่ยังเป็นกลุ่มที่ถือว่าค่อนข้างสุขภาพดี หมั่นดูแลตัวเอง และเสาะแสวงหาการรักษาที่มีประโยชน์ต่อตัวเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้พร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น แต่บางครั้งก็มีปัญหาเพราะไม่มีความรู้ ชอบแชร์เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพให้กัน เช่นการรักษา ยา หมอ ต่างๆ มีความปรารถนาให้ตนเองและคนอื่นสุขภาพดีอายุยืนยาวอยู่กับลูกหลานไปนานๆ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่พอจะมีกำลังซื้อ และมีลูกหลานคอยช่วยเหลือด้านการเงิน เมื่อพบเจอผลิตภัณฑ์ที่น่าจะทำให้สุขภาพดีขึ้นจะตัดสินใจซื้อขายไม่ลังเล โดยไม่ได้คำนึงว่าจะเกิดผลเสียหรือไม่ ซึ่งส่วนใหญ่พอไม่ดีขึ้น สุขภาพแยลงก็เลิกใช้ แต่พอมีสิ่งมาอีก ก็พร้อมที่จะทดลอง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีความรู้ในการจัดการตนเอง ในการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างปลอดภัย โดยการให้ความรู้น่าจะเริ่มจากกลุ่มนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุเพราะเป็นกลุ่มที่มีความพร้อม มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ โดยจะต้องมีความร่วมมือกันทั้งภาครัฐภาคเอกชน และตัวผู้สูงอายุเองด้วย อีกทั้งควรมีงบประมาณและกำลังคนมาช่วยในการจัดการปัญหาเหล่านี้

สรุปการสนทนากลุ่มจากทุกกลุ่ม พบว่า

1. รูปแบบการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - ขายตรง มีตัวแทนจำหน่ายมาขายถึงหน้าบ้าน
 - ขายผ่านรายการวิทยุ โทรศัพท์
 - ขายโฆษณาในออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก และการส่งต่อในไลน์
 - การนำคนที่มีประสบการณ์เข้ามาพูดแนะนำ ยืนยันถึงประสิทธิผลให้น่าเชื่อถือ
 - การสมัครสมาชิกเพื่อให้ใช้ต่อเนื่องและได้ราคาพิเศษ
 - การขายโดยรถเร่ (พบได้น้อย)
 - หนังสือขายยา (พบน้อย)
 - มีโปรโมชั่นชวนเชื่อ และเงินปันผลคืนหากขายหรือมีลูกค้าเพิ่ม
2. ประเด็นที่ผิดกฎหมาย
 - การขายยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในช่องทางออนไลน์ ผิดกฎหมาย
 - ไม่ได้ขออนุญาตโฆษณา ผิดกฎหมายไม่สามารถขายได้
 - โ้อ้วดเกินจริง
3. การจัดการ

- ทุกชุมชนที่การเฝ้าระวังการซื้อขายยาและผลิตภัณฑ์ในชุมชน
- การห้ามรถขายเร่ หนึ่งขายยาขายในหมู่บ้าน หากพบก็จะมีการดำเนินคดี
- การจัตรายการวิทยุชุมชนจะมีการแจ้งเตือนและห้ามไม่ทำโฆษณา

4. สิ่งที่ต้องพัฒนา(ยังจัดการได้ไม่ดีพอ)

- การซื้อขายผ่านระบบออนไลน์ เพราะทุกคนเข้าถึงอินเทอร์เน็ต จึงจัดการได้ยาก โดยควรเร่งแก้ไขในด้านให้ความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อความปลอดภัย โดยการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุที่เลือกใช้เอง ไม่ผ่านบุคลากรทางการแพทย์ยังมีจำนวนมาก

5. ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือของทุกฝ่าย
- ความจริงจังในการแก้ปัญหา
- เน้นที่ความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ
- มีระบบตรวจสอบเฝ้าระวัง

การสนับสนุนจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทั้งด้านกำลังคน และงบประมาณ

4.2 ข้อมูลระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Action)

4.2.1 การสนทนากลุ่ม(Focus group) เกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวข้องกับการซื้อ การเลือก การใช้ การขาย การดูแลสุขภาพ การรักษาผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ แพทย์หรือเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่ทำงานหรือนักวิชาการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ 4 ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทนชุมชน หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือ สมาคมผู้สูงอายุ หรือครูหรือเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรืออื่นๆ และบุคคลทั่วไปในชุมชน โดยมีความเห็นดังนี้

1. รูปแบบกิจกรรม

กลุ่มที่ 1 ผู้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

มีความเห็นว่า รูปแบบกิจกรรมควรจะเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพ และทำให้มีความรู้ที่จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ เน้นให้เห็นตัวอย่างหรือกรณีศึกษา การฝึกปฏิบัติ การเล่นเกม การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และจะต้องไม่เป็นเนื้อหาที่แน่นเกินไป ต้องเป็นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย มีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในประเด็นการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า รูปแบบกิจกรรมควรเป็นการให้ความรู้ที่เน้นให้ตระหนักถึงปัญหาการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีตัวอย่างจริงจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริง พร้อมเสนอแนะแนวทางแก้ไข ควรเป็นกิจกรรมที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน เน้นการมีส่วนร่วม และการทดลองฝึกปฏิบัติในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ควรเน้นความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ไม่กดดัน

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า รูปแบบกิจกรรมเป็นการให้ความรู้ เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ยาก ไม่ซับซ้อน ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องมีการศึกษาระดับใดก็สามารถเข้าใจได้ มีกิจกรรมให้ทำ ไม่น่าเบื่อ ควรมีโอกาสให้ด้วยเพื่อกลับไปอ่านบททวนที่บ้านได้ มีรางวัลในการตอบคำถามให้ด้วยเพื่อกระตุ้นความน่าสนใจ

กลุ่มที่ 4 ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

มีความเห็นว่า รูปแบบกิจกรรมควรให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม กิจกรรมไม่น่าเบื่อ มีตัวอย่างให้ศึกษา ใช้เนื้อหาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน เน้นให้เกิดความรู้จริง และสามารถนำไปใช้ได้จริงๆ สามารถส่งต่อ เผยแพร่แก่คนในครอบครัวและชุมชนได้

สรุป

จากการสนทนากลุ่มในประเด็นรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สรุปจากทั้ง 4 กลุ่มได้ว่า กิจกรรมนั้นเป็นกิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นการมีส่วนร่วม มีตัวอย่างกรณีศึกษาให้ทราบถึงปัญหา การฝึกปฏิบัติเพื่อให้ได้ความรู้ที่แท้จริง เนื้อหาในกิจกรรมต้องเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถเรียนรู้ได้ และควรมีเอกสารมอบให้เพื่อได้ทบทวนความรู้ได้

2. ระยะเวลา

กลุ่มที่ 1 ผู้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

มีความเห็นว่า ระยะเวลาไม่ควรเกิน 1 วัน เวลาที่เหมาะสมคือ ช่วงเช้า อาจจะเป็น 9.00 – 11.30 น. หรือ 9.30 – 12.00 น. หากใช้เวลานานจนเกินไปผู้สูงอายุอาจจะไม่สนใจ เหนื่อย ว่างได้ และควรเว้นให้มีเวลาพักเพื่อผ่อนคลาย

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในประเด็นการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า ไม่ควรใช้ระยะเวลานานเกินไป ควรแบ่งเป็นหัวข้อย่อยๆ อาจจะใช้เวลารวมในวันเดียว หรือแยกวันก็ได้ แต่เพื่อความสะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมของผู้สูงอายุ และดูแลที่ต้องมาส่ง ควรใช้เวลาวันเดียว ซึ่งใช้เวลาไม่ควรเกิน 3 ชม. และมีเวลาพักรับประทานอาหารว่าง มีเวลาพักผ่อนคลายสั้นทนาการเพื่อคนความเบื่อหรือความเหนื่อยล้า

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า เวลาเท่าใดก็ได้ขึ้นอยู่กับผู้จัดกิจกรรม แต่ขอให้เนื้อหาครบถ้วน หากจัดในวันเดียวก็จะดีเพราะจะได้เดินทางมาง่าย ไม่ควรจัดนอกเหนือจากตารางเรียน ควรเรียนในตาราง เพื่อจะทำให้ไม่กระทบเวลาส่วนอื่นๆ หากเป็นไปได้ควรจะเป็นช่วงเช้า เพราะช่วงบ่ายง่วง และมักจะมีการนอนพักที่บ้าน และควรแจ้งเวลาล่วงหน้าเพื่อเตรียมพร้อม หรือแจ้งล่วงหน้าด้วยว่าควรเตรียมอุปกรณ์หรืออื่นๆไปด้วยหรือไม่ ควรมีการพักรับประทานอาหารว่าง และพักทำกิจกรรมสั้นทนาการเพื่อให้ความสนุกสนานผ่อนคลาย

กลุ่มที่ 4 ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

มีความเห็นว่า ระยะเวลาให้พิจารณาตามความเหมาะสม ควรเป็นช่วงเช้าเพราะเป็นช่วงที่พร้อมรับสิ่งใหม่ๆ มีการพักระหว่างดำเนินกิจกรรม เพราะสุขภาพของผู้สูงอายุบางท่านไม่แข็งแรง และควรมีเวลาให้ทำกิจกรรมสั้นทนาการเพื่อดึงดูดความสนใจ มีความสนุกสนานผ่อนคลาย

สรุป จากการสนทนากลุ่มทั้ง 4 กลุ่ม พบว่าระยะเวลาที่จัดกิจกรรมไม่ควรเกิน 1 วัน และควรจัดในช่วงเวลาเช้า ตามตารางเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่ควรนัดเพิ่มนอกเหนือตารางเวลา กำหนดให้มีการพักรับประทานอาหารว่าง และพักเพื่อทำกิจกรรมสั้นทนาการเพื่อความสนุกสนาน ควรแจ้งล่วงหน้าเพื่อเตรียมพร้อม และแจ้งล่วงหน้าหากต้องเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ

3. สื่อที่ใช้

กลุ่มที่ 1 ผู้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

มีความเห็นว่า สื่อที่ใช้ควรมีหลากหลาย ทั้งสไลด์นำเสนอ ทั้งมีเอกสารแจก มีโปสเตอร์ติดให้ความรู้ที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ตัวหนังสือที่ใช้ในสื่อต้องตัวใหญ่ สีสันทายงาม และควรมีภาพตัวอย่างประกอบ

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในประเด็นการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า สื่อที่ใช้ควรมีตัวหนังสือที่ขนาดใหญ่ มองเห็นชัดเจน มีภาพประกอบ เนื้อหาไม่ซับซ้อนเข้าใจง่าย สีสดใสสวยงาม และต้องใช้สื่อที่หลากหลายเช่น คลิป สไลด์ โปสเตอร์ คู่มือ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า ตัวหนังสือต้องชัด อ่านง่าย สีสวยงาม เนื้อหาไม่ยาก เข้าได้ได้ ไม่ซับซ้อน มีภาพประกอบ

กลุ่มที่ 4 ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

มีความเห็นว่า สื่อต้องมีหลายอย่าง และต้องไม่ซับซ้อน ตัวหนังสือใหญ่มองเห็นง่าย และควรมีสื่อสำหรับบุคคลอื่นๆในชุมชนด้วย เช่นมีเอกสารแจก หรือ โปสเตอร์ติดให้ความรู้ในชุมชน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

สรุป

จากการสนทนากลุ่ม ทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันว่า สื่อที่ใช้ต้องมีความหลากหลาย ทั้งคลิป สไลด์ โปสเตอร์ คู่มือ และต้องมีตัวหนังสือขนาดใหญ่ มองเห็นชัดเจน มีภาพประกอบ เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน สีสดใสสวยงาม

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มที่ 1 ผู้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้อาและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

มีความเห็นว่า ประโยชน์จากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้ ผู้ที่ได้รับประโยชน์สูงสุดคือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้ โดยจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ในการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนไว้วิจารณ์ญาณในการคิดตัดสินใจเลือกใช้อาผลิตภัณฑ์ด้วยตนเองได้ภายใต้ข้อมูลที่เพียงพอและน่าเชื่อถือ

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในประเด็นการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า ประโยชน์จากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการเลือก การตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง โดยมีข้อมูลที่เพียงพอและน่าเชื่อถือ ส่วนครอบครัวและชุมชนก็จะมีผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ลดภาระพึ่งพิงจากผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลดีต่อระบบสุขภาพโดยรวม

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

มีความเห็นว่า ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นคือ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถดูแลรักษาสุขภาพตัวเองให้ดีขึ้น แข็งแรง ดูแลตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้ลูกหลาน

กลุ่มที่ 4 ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

มีความเห็นว่า ประโยชน์จากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้คนในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะสามารถมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง โดยพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้อง และส่งต่อความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้ยาให้แก่ลูกหลาน และคนในชุมชน เมื่อผู้สูงอายุ และคนในชุมชนมีสุขภาพดีก็จะส่งผลดีต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

สรุป จากผลการสนทนากลุ่มทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นไปในทางเดียวกันคือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์ที่ได้รับสูงจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สุขภาพดี ลดภาระพึ่งพิงลูกหลาน และส่งผลดีต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

4.2.2 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

การจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว รวมถึงชุมชนในด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป ซึ่งได้มีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ให้ครอบคลุมการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน และครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามขั้นคือความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ โดยผ่านกิจกรรม 3 ต. ประกอบด้วย สารสำคัญ วัตถุประสงค์ สารการเรียนรู้ กิจกรรม และการประเมินผล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 โปรแกรม 3 ต. “ต้อง ตรวจ ตัด” ในการสร้างเสริมความรอบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้อาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียน
ผู้สูงอายุ (180 นาที)

แผนการจัด กิจกรรม	สาระสำคัญ	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	กิจกรรม	การประเมินผล
แผน ที่ 1 ต. ต้อง (ต้อง : ชื่อประกอบ ใช้ระวางเลขที่ไหน)	การที่ผู้สูงอายุจะเลือกใช้อาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัยนั้น จะต้อง ทราบแหล่งข้อมูล วิธีการค้นหา แหล่งบริการสุขภาพให้ตรงกับ ปัญหาสุขภาพ และต้องพิจารณาได้ ว่าฉลากหรือเอกสารกำกับยา หรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพว่ามีครบถ้วน สมบูรณ์หรือไม่ (ฉลากภาษาไทย ที่ มีชื่อ ส่วนประกอบ ข้อบ่งใช้ ข้อควร ระวัง ข้อห้ามใช้ เลขทะเบียน และ สถานที่ผลิต) ตลอดจนสามารถอ่าน และทำความเข้าใจ สามารถ วิเคราะห์ได้ว่าผลิตภัณฑ์นั้นเป็นยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีเหตุผล หรือข้อมูลอ้างอิง สามารถจัดสรร เวลาเพื่อพิจารณาก่อนเลือกใช้	1. ผู้สูงอายุทราบถึงแหล่งข้อมูล วิธีการค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ 2. ผู้สูงอายุสามารถอ่านและทำความเข้าใจ ฉลากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้ถูกต้องเหมาะสม 3. ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ผลิตภัณฑ์นั้นเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์ สุขภาพ 4. ผู้สูงอายุสามารถหาข้อมูลยืนยัน ก่อนที่จะเชื่อและเลือกใช้อาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ 5. ผู้สูงอายุสามารถแนะนำ บอกต่อ วิธีการพิจารณาเลือกใช้อาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพจากฉลาก/เอกสาร กำกับได้ 6. ผู้สูงอายุสามารถจัดสรรเวลา สำหรับตนเองเพื่อให้สามารถใช้ใน	1. หลักการและขั้นตอนการค้นหา ข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้อาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ 2. การใช้เทคโนโลยีค้นหาข้อมูล และแหล่งบริการสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้อาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. การอ่านและทำความเข้าใจ ฉลาก/เอกสารกำกับยาหรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4. การเปรียบเทียบ ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลและค้นข้อมูล เพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลในฉลาก/ เอกสารกำกับยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพ	1. การบรรยายหลักการ ค้นหาข้อมูลอย่างเป็น ขั้นตอน 2. ฝึกปฏิบัติการค้นหา ข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล 3. การบรรยายเกี่ยวกับ การวิธีการอ่าน ตรวจสอบฉลาก/ เอกสารกำกับยาหรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4. ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต. ต้อง 5. การจัดสรรเวลาในการ พิจารณาก่อนเลือกใช้อา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	แผนที่ 1 ต.ต้อง สามารถเพิ่มทักษะความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ 1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2. ทักษะการสร้าง ความรู้ความเข้าใจ 3. ทักษะการสื่อสาร 4. ทักษะการตัดสินใจ 5. ทักษะการจัดการ ตนเอง 6. ทักษะการเสนอ ทางเลือกให้ผู้อื่น โดยวัดจาก.... 1. ใบงาน 3 ต 2. การสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การถาม ตอบ

แผนการจัดกิจกรรม	สาระสำคัญ	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	กิจกรรม	การประเมินผล
	สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้	การดูแลสุขภาพและการพิจารณา ก่อนเลือกใช้	5. การจัดสรรเวลาในการดูแลสุขภาพและการพิจารณาก่อนเลือกใช้	6. ร่วมกันอภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ระยะเวลา 60 นาที)	3. การตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพฯหลังจบกิจกรรมกิจกรรม 4. การสัมภาษณ์สะท้อนผลหลังจบกิจกรรม
แผน ที่ 2 ต. ตรวจ (ตรวจ : อายุสุขภาพ เลขเชื้อถือหรือไม่)	การที่ผู้สูงอายุจะเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัยนั้น จะต้องตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่จะเลือกใช้ โดยพิจารณา ว่าผลิตภัณฑ์นั้น หมดอายุหรือไม่ เสื่อสภาพหรือไม่ ตรวจสอบเลขทะเบียนเป็นของจริงหรือไม่ อีกทั้งการตรวจสอบข้อมูล เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือช่องทางที่น่าเชื่อถือ	1. สามารถตรวจสอบข้อมูลและปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ 2. สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลการตัดสินใจเลือกใช้ และสามารถชี้แจงเหตุผลได้ 3. ตรวจสอบ เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยัน 4. สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของโฆษณาได้	1. การตรวจสอบวันหมดอายุของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. การตรวจสอบความเสื่อมสภาพของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. การตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของเลขทะเบียนอนุญาต (เลขทะเบียนยา เลข.ย.เลขที่จัดแจ้งและอื่นๆ) 4. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1. การบรรยายวิธีการตรวจสอบวันหมดอายุ ตรวจสอบความเสื่อมสภาพ ตรวจสอบเลขทะเบียนอนุญาตของยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ 2. ฝึกปฏิบัติกิจกรรม ต. ตรวจ 3. อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ระยะเวลา60นาที)	แผนที่ 2 ต.ตรวจ สามารถเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ 1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2. ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ 3. ทักษะการสื่อสาร 4. ทักษะการตัดสินใจ 5. ทักษะการจัดการตนเอง 6. ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น โดยวัดจาก.... 1. ใบงาน 3 ต

แผนการจัดกิจกรรม	สาระสำคัญ	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	กิจกรรม	การประเมินผล
					2. การสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การถาม ตอบ 3. การตอบ แบบสอบถามความรอบ รู้ด้านสุขภาพหลังจบ กิจกรรมกิจกรรม 4. การสัมภาษณ์สะท้อน ผลหลังจบกิจกรรม
แผน ที่ 3 ต. ตัด (ตัด :ตัดสินใจใช้ ถาม บอก ร้องเรียน อย่างไร)	การที่ผู้สูงอายุจะเลือกใช้ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัยนั้น จะต้อง สามารถตัดสินใจเลือกใช้/ไม่เลือกใช้ ตัดสินใจสอบถามบุคลากรทางการ แพทย์ ตัดสินใจบอกต่อหรือแนะนำ บุคคลอื่น และสามารถตัดสินใจที่จะ ร้องเรียนได้	1. สามารถตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามสภาวะโรคหรือความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีข้อมูล รองรับอยู่เสมอ 2. สามารถเปรียบเทียบและตัดสินใจ ผลิตภัณฑ์มากกว่า 2 ชนิด ได้อย่าง เหมาะสม 3.สามารถอธิบายวิธีการ ตรวจสอบ ข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้ผู้อื่นได้	1. การตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามสภาวะโรคหรือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยมี ข้อมูลอ้างอิงรองรับ 2. การตัดสินใจอธิบาย ชี้แนะโน้มน้าว วิธีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพให้ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม 4. การตัดสินใจปฏิเสธหากไม่ ต้องการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์	1.การบรรยายเกี่ยวกับ แนวทางเลือกตัดสินใจ เลือกใช้ บอกต่อ และ ร้องเรียนเกี่ยวกับยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ฝึกปฏิบัติกิจกรรม ต. ตัด 3. อภิปรายแลกเปลี่ยน เรียนรู้ (ระยะเวลา60นาที)	แผนที่ 3 ต.ตัด สามารถ เพิ่มทักษะความรู้ ด้านสุขภาพ ดังนี้ 1.ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2. ทักษะการสร้าง ความรู้ความเข้าใจ 3.ทักษะการสื่อสาร 4. ทักษะการตัดสินใจ 5. ทักษะการจัดการ ตนเอง

แผนการจัด กิจกรรม	สาระสำคัญ	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	กิจกรรม	การประเมินผล
		<p>4. สามารถอธิบาย ชี้แนะโน้มน้าว วิธีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม</p> <p>5. สามารถปฏิเสธหากไม่ต้องการใช้ ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภายใต้ ข้อมูลที่อ้างอิงน่าเชื่อถือได้</p> <p>6. ทราบแหล่ง หรือหน่วยงานที่ถ รื่องเรียนปัญหาการใช้ยาและการ โฆษณาที่เป็นเท็จ ได้</p> <p>7. สามารถร้องเรียนปัญหาเกี่ยวกับ โฆษณาที่เป็นเท็จหรือหลอกลวง ผู้บริโภคได้</p>	<p>สุขภาพ ภายใต้ข้อมูลที่อ้างอิง น่าเชื่อถือได้</p> <p>5. การตัดสินใจร้องเรียนปัญหา การใช้ยาและการโฆษณาที่เป็น เท็จ</p>		<p>6. ทักษะการเสนอ ทางเลือกให้ผู้อื่น โดยวัดจาก...</p> <p>1. ใบงาน 3 ต</p> <p>2. การสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การถาม ตอบ</p> <p>3. การตอบ แบบสอบถามความรอบ รู้ด้านสุขภาพฯหลังจบ กิจกรรมกิจกรรม</p> <p>4. การสัมภาษณ์หลังจบ กิจกรรม</p>

โปรแกรมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก 3 ต “ต้อง ตรวจ ตัด” นี้เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลการสำรวจในระยะที่ 1 และการสัมภาษณ์การประชุมกลุ่มในระยะที่ 2 สามารถนำมาประยุกต์ ตามหลัก V shape model ของกรมอนามัยได้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ

ได้ทดลองในกลุ่ม tryout ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4.3 ข้อมูลระยะที่ 3 เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Observe & Reflection)

วัดประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม แบบโซโลมอนโดยการสุ่ม (Randomized Solomon Four- Group design) นำไปทดลองใช้และประเมินผลจากการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ก่อนและหลัง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) 1 กลุ่ม และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) 3 กลุ่ม เนื่องจากโปรแกรมนี้มีลักษณะรูปแบบการให้ความรู้ และกิจกรรมกลุ่ม (Education or behavioral intervention) มักจะเกิดความลำเอียงในการวัดผลครั้งแรก ที่เรียกว่า Pretest effect (M. W. Braver & Braver, 1988) (S. Braver, 1990) (McCambridge et al., 2011) ซึ่งการวัดผลในการวิจัยนี้มีการวัดคะแนนความรอบรู้และพฤติกรรม จึงออกแบบการวิจัยโดยใช้รูปแบบการทดลองแบบสี่กลุ่มโซโลมอน โดยมีกระบวนการ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 1 ตารางแสดงกระบวนการทดลอง Solomon four group

การทดลอง (Design)	กลุ่ม (group)	การสุ่ม (Randomization)	ก่อนทดลอง (Pretest)	โปรแกรมฯ (intervention)	หลังการทดลองครั้งที่ 1 (posttest 1)	หลังการทดลองครั้งที่ 2 (posttest 2)
Solomon four – group	1	R	O1	X	O2	O3
	2	R	O4		O5	O6
	3	R		X	O7	O8
	4	R			O9	O10
Pre – and posttest control group	1	R	O1	X	O2	O3
	2	R	O4		O5	O6
Posttest – only control group	3	R		X	O7	O8
	4	R			O9	O10

Note. O = outcome measure, X = treatment, R = randomization.

4.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 180 คน จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 45 คน โดยแต่ละกลุ่มคืออยู่คนละโรงเรียนคนละเขตสุขภาพเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าประชากรที่ใกล้เคียงกันทุกกลุ่ม (p -value > 0.05) เพื่อเป็นการลดอคติจากกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละกลุ่มมีจำนวนเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 68.43 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานะภาพส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร พักอาศัยในเขตเทศบาลตำบลและเขตตำบล ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล มีเงินพอใช้ เงินที่ได้ส่วนใหญ่มาจากตัวเอง และมีโรคประจำตัวที่ไม่ใช่โรคติดต่อ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=180)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)				p -value (<0.05)*
	กลุ่มที่ 1 (N = 45)	กลุ่มที่ 2 (N = 45)	กลุ่มที่ 3 (N = 45)	กลุ่มที่ 4 (N = 45)	
1. เพศ					
ชาย	21 (46.67)	21 (46.67)	24 (53.33)	23 (51.11)	.998
หญิง	24 (53.33)	24 (53.33)	21 (46.67)	22 (48.89)	
2. อายุ ($\bar{X} \pm S.D.$)	69.87 \pm 6.14	67.26 \pm 6.38	68.64 \pm 5.41	67.98 \pm 4.91	.201
3.ระดับการศึกษา					
1) ชั้นป. 4	14 (31.11)	18 (40.00)	20 (44.44)	21 (46.67)	
2) ชั้นป. 6	13 (28.89)	26 (57.78)	12 (26.67)	23 (51.11)	
3) ชั้นม. 3	5 (11.11)	1 (2.22)	5 (11.11)	1 (2.22)	
4) ชั้นม. 6/ปวช.	7 (15.56)	0	0	0	.998
5) อนุปริญญา/ปวส.	0	0	5 (11.11)	0	
6) ระดับปริญญาตรี	3 (6.67)	0	1 (2.22)	0	
7) สูงกว่าปริญญาตรี	3 (6.67)	0	2 (4.44)	0	
4. สถานภาพสมรส					
1) โสด	4 (8.89)	7 (15.56)	4 (8.89)	4 (8.89)	
2) อยู่ด้วยกัน	26 (57.78)	19 (42.22)	27 (60.00)	30 (66.67)	.122
3) แยกกันอยู่	7 (15.56)	9 (20.00)	9 (20.00)	4 (8.89)	
4) หม้าย	8 (17.78)	10 (22.22)	5 (11.11)	7 (15.56)	
5. อาชีพ					
1) เกษตรกร	28 (62.22)	33 (73.33)	34 (75.56)	28 (62.22)	

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)				p - value (<0.05)*
	กลุ่มที่ 1 (N = 45)	กลุ่มที่ 2 (N = 45)	กลุ่มที่ 3 (N = 45)	กลุ่มที่ 4 (N = 45)	
2) ข้าราชการบำนาญ	4 (8.89)	2 (4.44)	1 (2.22)	3 (6.67)	.976
3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2 (4.44)	3 (6.67)	1 (2.22)	1 (2.22)	
4) ไม่ได้ทำงาน	11 (24.44)	7 (15.56)	9 (20.00)	13 (28.89)	
6. ที่พักอาศัย					.534
1) เขตเทศบาลเมือง/นคร	2 (4.44)	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)	
2) เขตเทศบาลตำบล	28 (62.22)	0 (0.00)	19 (42.22)	0 (0.00)	
3) เขตตำบล	15 (33.33)	45(100.00)	25 (55.56)	45(100.00)	
7. ผู้ดูแล					.958
1) ไม่มีผู้ดูแล	10 (22.22)	7 (15.56)	11 (24.44)	9 (20.00)	
2) มีผู้ดูแล	35 (77.78)	38 (84.44)	34 (75.56)	36 (80.00)	
8. การเงิน					.998
1) พอใช้ มีเหลือเก็บ	19 (42.22)	20 (44.44)	19 (42.22)	21 (46.67)	
2) พอใช้ไม่เหลือเก็บ	16 (35.56)	11 (24.44)	16 35.56)	8 (17.78)	
3) ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	10 (22.22)	14 (31.11)	10 (22.22)	16 (35.56)	
9. การได้รับเงินเพื่อใช้จ่ายจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้หลายข้อ)					.998
1) จากตัวเอง	27 (41.54)	24 (40.68)	23 (41.82)	26 (44.07)	
2) จากบุคคลในครอบครัว	14 (21.54)	15 (25.42)	13 (23.64)	10 (16.95)	
3) จากภาครัฐ	22 (33.85)	20 (33.39)	19 (34.55)	23 (38.98)	
4) อื่นๆ	2 (3.08)	0	0	0	
10. โรคประจำตัว					.981
1) ไม่มีโรคประจำตัว	15 (33.33)	14 (31.11)	12 (26.67)	16 (35.56)	
2) มีโรคประจำตัว	30 (66.67)	31 (68.89)	33 (73.33)	29 (64.44)	
- มีโรคไม่ติดต่อ	30(100.00)	31(100.00)	33(100.00)	29 (100.00)	
- มี โรคติดเชื้อ / โรคติดต่อ	0	0	0	0	

ใช้สถิติ One -way ANOVA, p -value ($< .05$)*

4.3.2 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน การเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของ ผู้สูงอายุ

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 เป็น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มที่ 2 ไม่ได้รับโปรแกรม คะแนนก่อนหลังไม่แตกต่างกัน $p = .573$ และเมื่อวัดผลเมื่อ เวลาผ่านไป 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ในทุกๆกลุ่ม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย \pm SD.			Pretest Vs posttest 1			Posttest1 Vs posttest2		
	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	t	Df	P value	T	Df	P value
1	151.54 ± 37.88	245.73 ± 9.33	243.98 ± 9.99	-15.93	44	<.001 ^{***}	0.23	44	.813 ^a
2	145.58 ± 35.71	149.02 ± 32.80	147.49 ± 31.40	-0.568	44	.573 ^a	0.413	44	.681 ^a
3		248.67 ± 11.54	247.49 ± 11.77				1.368	44	.134 ^a
4		145.22 ± 34.14	144.98 ± 33.86				1.450	44	.154 ^a

^a Paired t- test

** significant ($p < .001$)

4.3.3 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้ง 4 กลุ่มหลัง ได้รับโปรแกรม เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังให้ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ พบว่า เมื่อใช้สถิติ One - Way Anova พบว่าทั้งสี่กลุ่มมีคะแนน เฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อพิจารณากลุ่มที่ได้รับการทดสอบก่อนได้รับ โปรแกรม (O2 และ O5) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ (95% CI: 86.50,106.91, $p < .001$) และเมื่อพิจารณากลุ่มที่ไม่ได้รับการทดสอบก่อนได้รับโปรแกรม (O7 และ O9) ด้วยสถิติ independent t- test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 92.67,144.21, $p < .001$) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรม

เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้ มีผลต่อกลุ่มที่ไม่ได้รับการทดสอบก่อนได้รับโปรแกรมด้วย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ตาราง 2 X2 เพื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (posttest score) โดยใช้ One -Way Anova (N= 180)

Pre test	Treatment (X)		Independent t- test		One – Way Anova			
	Yes	NO	95 %CI	P -value	F	Nu m df	Den om df	P
Yes	O2 245.73 ±9.33	O5 149.02±32.81	86.50,106.91	< .001**	240.64	3	90.17	< .001*
NO	O7 248.67±11.54	O9 145.55±34.14	92.67,144.21	< .001**			7	* .

**significant $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในกลุ่มที่มีการทดสอบก่อนได้รับโปรแกรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .622$) แสดงว่าไม่มีผลจาก pretest effect รายละเอียดแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ (N= 180)

Source	P value
Pretest Vs Not (P) O2+O5 Vs O7+O9	.622 ^a
Program Vs Not (T) O2+O7 Vs O5+O9	<.001 ^{a **}

^a Mann – Whitney’s U test

** significant ($p < .001$)

เมื่อพบว่าไม่มีผลจาก pretest effect จึงทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ (O2+O7) และ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

(O5+O9) พิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

($p < .001$) โดยด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ด้านทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 45.97 ± 1.81 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน (300 คะแนน) 247.2 ± 10.54 คะแนนซึ่งแปลผลว่าอยู่ในความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ อยู่ในระดับสูง ($\geq 75\%$) รายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ ± SD.				P value
	การได้รับโปรแกรมฯ O2+O7 (N= 90) mean ± SD. (median)	ระดับความรอบรู้ ^b	การไม่ได้รับโปรแกรมฯ O2+O7 (N=90) mean ± SD. (median)	ระดับความรอบรู้ ^b	
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (50 คะแนน)	33.68 ± 3.16, (34)	ปานกลาง	23.31 ± 7.17 (21)	ต่ำ	< .001 ***
2. ความรู้ความเข้าใจ (50 คะแนน)	42.88 ± 6.25, (42)	สูง	27.22 ± 7.50 (27)	ต่ำ	< .001 ***
3. ทักษะการสื่อสาร (50 คะแนน)	40.33 ± 1.24 (40)	สูง	22.96 ± 7.22 (24)	ต่ำ	< .001 ***
4. ทักษะการตัดสินใจ (50 คะแนน)	45.97 ± 1.81 (46)	สูง	22.96 ± 7.22 (21)	ต่ำ	< .001 ***
5. การรู้เท่าทันสื่อ (50 คะแนน)	41.04 ± 2.70 (40.5)	สูง	22.96 ± 7.22 (26)	ต่ำ	< .001 ***
6. การจัดการตนเอง (50 คะแนน)	43.3 ± 1.37 (44)	สูง	22.96 ± 7.22 (27)	ต่ำ	< .001 ***
รวม (300 คะแนน)	247.2 ± 10.54 (249)	สูง	147.12 ± 33.35 (147)	ต่ำ	< .001 ***

^a Mann – Whitney’s U test

^b ระดับต่ำ = คะแนน < 50%, ระดับปานกลาง = คะแนน $\geq 50 - 75\%$ และ ระดับสูง = คะแนน $\geq 75\%$,

*** significant ($p < .001$)

4.3.4 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ (O2+O7) และ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (O5+O9) พิจารณาพฤติกรรมสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพรายข้อ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯรวมทุกด้าน 29.13 ± 1.35 คะแนน แปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพคือ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง ($\geq 75\%$) รายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านหลังการทดลองของกลุ่มที่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (O2+O7) และ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (O5+O9)

พฤติกรรมสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ				P value
	Mean \pm SD., (Median)				
	ได้รับโปรแกรมฯ O2+O7 (N= 90)	ระดับพฤติกรรม ^b	ไม่ได้รับโปรแกรมฯ O5+O9 (N=90)	ระดับพฤติกรรม ^b	
1.การค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจ (3 คะแนน)	3.00 \pm 0.00 (3)	สูง	1.73 \pm 0.47 (2)	ปานกลาง	< .001 ***
2.ก่อนเลือกใช้ยาฯ จะอ่านฉลาก อย่างละเอียดทุกครั้ง (3 คะแนน)	3.00 \pm 0.00 (3)	สูง	1.96 \pm 0.65 (2)	ปานกลาง	< .001 ***
3. เมื่อพบเห็นการโฆษณาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพทางโทรศัพท์ วิทยุ สื่อออนไลน์หรืออื่นๆ จะตรวจสอบข้อมูลก่อนตัดสินใจ (3 คะแนน)	2.71 \pm 0.46 (3)	สูง	1.63 \pm 0.76 (1)	ปานกลาง	< .001 ***
	คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ				
	Mean \pm SD., (Median)				

พฤติกรรมสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ได้รับ โปรแกรมฯ O2+O7 (N= 90)	ระดับ พฤติกรรม ^b	ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ O5+O9 (N=90)	ระดับ พฤติกรรม ^b	P value
5. หากมีอาการผิดปกติจากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพจะรีบไปปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร (3 คะแนน)	2.72 ± 0.45 (3)	สูง	2.26 ± 0.46 (2)	ปานกลาง	< .001 ***
6. หากมีการแชร์ข้อมูลออนไลน์ส่งต่อกันมา ที่อ้างว่าเป็นข้อมูลจากแพทย์ จะแชร์หรือบอกต่อเพื่อให้ผู้อื่นได้ทราบด้วย (3 คะแนน)	2.70 ± 0.46 (3)	สูง	1.53 ± 0.72 (1)	ปานกลาง	< .001 ***
7. หากมีข้อสงสัย จะทำการหาข้อมูลให้แน่ใจก่อนตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3 คะแนน)	3.00 ± 0.00 (3)	สูง	1.82 ± 0.70 (2)	ปานกลาง	< .001 ***
8. สามารถบอกต่อ แนะนำหรืออธิบายถึงการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อคนรอบข้างได้ (3 คะแนน)	3.00 ± 0.00 (3)	สูง	1.92 ± 0.52 (2)	ปานกลาง	< .001 ***
9. หากมีบุคคลที่ใกล้ชิด นำผลิตภัณฑ์มาให้ทดลองใช้ เพราะได้ผลดี จะเลือกใช้ เพราะน่าจะปลอดภัยหรือเกรงใจ (3 คะแนน)	3.00 ± 0.00 (3)	สูง	1.86 ± 0.74 (2)	ปานกลาง	< .001 ***
	คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ				
	Mean ± SD., (Median)				
	ได้รับ โปรแกรมฯ		ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ		P value

พฤติกรรมสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	O2+O7 (N= 90)	ระดับพฤติกรรม ^b	O5+O9 (N=90)	ระดับพฤติกรรม ^b	
10. จะเลือกใช้ยาที่มีฉลากระบุ เครื่องหมาย อย. อยู่เสมอ เพราะถือว่ามีความปลอดภัย (3 คะแนน)	3.00 ± 0.00 (3)	สูง	1.43 ± 0.67 (1)	ต่ำ	< .001 a**
รวม (30 คะแนน)	29.13 ± 1.35 (30)	สูง	17.69 ± 3.82 (19)	ปานกลาง	< .001 a**

^a Mann – Whitney’s U test

^b ระดับต่ำ = คะแนน 1.00-1.50, ระดับปานกลาง = คะแนน 1.51-2.50 และ ระดับสูง = คะแนน 2.51-3.00 , ** significant ($p < .001$)

4.3.5 ความพึงพอใจ ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับโปรแกรม เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

4.3.5.1 ความพึงพอใจของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (\bar{X} 47.6 ± 1.50) ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น (\bar{X} 5 ± 0) และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (\bar{X} 5 ± 0) รองลงมาคือ เหมาะสมตรงกับความต้องการ (\bar{X} 4.84 ± 0.36) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม (\bar{X} 4.38 ± 0.83 รายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความพึงพอใจของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อที่	ความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D.
1.	ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น	5.00	0.00
2.	สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้	5.00	0.00
3.	ทำให้ สามารถอธิบาย บอกต่อ หรือแนะนำคนรอบข้างเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้	4.63	0.66

ข้อที่	ความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D.
4.	สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการและถูกต้องในช่องทางต่างๆโดยเฉพาะในสื่อออนไลน์ได้	4.73	0.44
5.	ทำให้ตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้	4.67	0.62
6.	ทำให้สามารถปฏิเสธหรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากผู้ขาย ในกรณีที่เห็นว่ายาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้อาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	4.73	0.60
7.	เหมาะสม และตรงกับความต้องการของท่าน	4.84	0.36
8.	ทำให้สามารถจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เช่นการขอคำแนะนำหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหากพบสิ่งที่ไม่ถูกต้อง	4.83	0.37
9.	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.39	0.83
10.	ความพึงพอใจในภาพรวม	4.77	0.43

4.3.5.2 ความสอดคล้องของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ความสอดคล้องของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ มี 10 ข้อ ข้อละ 3 คะแนน รวม 30 คะแนน โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน โดยมี 4 กลุ่มคือ กลุ่มตัวอย่างจากการทดลองใช้โปรแกรม (try out) 10 คน ผู้ร่วมคิดโปรแกรม 15 คน ผู้ทดลองใช้ (ผู้สูงอายุ) 20 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ) 5 คน พบว่า ความสอดคล้องภาพรวมเฉลี่ย 47.60 ± 1.5 คะแนน ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อที่ 2 กิจกรรมมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน 3 ± 0 คะแนน และ ข้อที่ 5 กิจกรรมมีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยตรง 3 ± 0 คะแนน และข้อ 10 กิจกรรมสามารถแก้ปัญหา/ส่งเสริมสุขภาพ 3 ± 0 คะแนน รองลงมาคือ ข้อที่ 8 เนื้อหามีความสอดคล้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2.92 ± 0.27 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 3 กิจกรรมมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่จัด 2.44 ± 0.50 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสอดคล้องของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อที่	ความสอดคล้อง	\bar{X}	S.D.
1.	กิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย	2.64	0.48
2.	กิจกรรมมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน	3.00	0.00
3.	กิจกรรมมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่จัด	2.44	0.50
4.	กิจกรรมมีความเหมาะสมกับสถานที่	2.64	0.48

ข้อที่	ความสอดคล้อง	\bar{X}	S.D.
5.	กิจกรรมมีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยตรง	3.00	0.00
6.	กิจกรรมสามารถนำไปใช้ในพื้นที่ยื่นได้	2.78	0.42
7.	สื่อที่ใช้มีความน่าสนใจและมีความสอดคล้องกับเนื้อหา	2.82	0.39
8.	เนื้อหา มีความสอดคล้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2.92	0.27
9.	รูปแบบกิจกรรมมีความชัดเจน เหมาะสม	2.82	0.39
10.	กิจกรรมสามารถแก้ปัญหา/ส่งเสริมสุขภาพ	3.00	0.00

4.3.5.3 การสนทนากลุ่ม(Focus group) เกี่ยวกับผลของรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1. กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2 จำนวน 5 คน

มีความเห็นว่า กิจกรรมในโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนสามารถเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ต้องการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด เนื้อหาในโปรแกรมนี้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตรวจสอบและตัดสินใจก่อนการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ด้วยตนเองบนพื้นฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ซึ่งกิจกรรมมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่จัด ไม่น้อยหรือมากเกินไป เนื่องจากสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุไม่สามารถจดจ่อได้นาน หากใช้เวลานานอาจทำให้เหนื่อยล้าและขาดความสนใจได้ ระยะเวลาที่จัดควรจะไม่เกิน 3 ชม. รวมเวลาพักรับประทานอาหารว่าง เวลาประมาณ 9.00 -12.00น.ซึ่งมีกิจกรรมที่หลากหลายไม่น่าเบื่อ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และมีความสุข สนุกสนาน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ส่วนสถานที่ควรเป็นสถานที่ที่อากาศโปร่ง เย็นสบาย ไม่ร้อนเกินไปหรือหนาวเกินไป แต่เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 หากจัดกิจกรรมในห้องแอร์ หรือห้องปิดอาจจะไม่เหมาะสม จึงทำให้จัดกิจกรรมที่อาคารเอนกประสงค์ ซึ่งสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคได้ โดยกิจกรรมนี้มีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยตรงคือกลุ่มผู้สูงอายุจะสามารถตัดสินใจโดยใช้วิจารณญาณอย่างรอบคอบในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้พึ่งพาตนเองได้ และเกิดความภาคภูมิใจ สามารถนำกิจกรรมนี้ไปต่อยอดกับโรงเรียนผู้สูงอายุอื่นๆ หรือกลุ่มอื่นๆได้ เพราะเนื้อหาไม่ได้ซับซ้อน เป็นเนื้อหาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ซึ่งสื่อมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่น่าสนใจ มีสื่อ power point ตัวหนังสือมองชัดเจน มีเอกสารแจก เพื่อช่วยให้สามารถกลับมาอ่านเนื้อหาเพิ่มเติมได้ รูปแบบกิจกรรมมีความชัดเจน มีแผนการให้ความรู้ตามลำดับขั้น โดยเนื้อหา มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาปัจจุบันสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนสามารถ

ตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่อยากจะมีสุขภาพที่ดีและอายุที่ยืนยาว และสามารถพึ่งพาตัวเองได้ไม่เป็นภาระของลูกหลานจนเกินไป

2. กลุ่มผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้อาหาร ได้แก่ เกษัสกร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูโรงเรียนผู้สูงอายุ รวม 5 คน

มีความเห็นว่า กิจกรรมในโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบันเพราะ ปัญหาการใช้อาหารในผู้สูงอายุมีหลากหลายประเด็น และประเด็นที่สำคัญคือการเลือกใช้อาหารเอง เพราะมีความต้องการอยากให้ตัวเองหายจากการเจ็บป่วย และสุขภาพดี อายุยืนยาว จึงมีการพยายามแสวงหาผลิตภัณฑ์และยาต่างๆมาดูแลสุขภาพของตน หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ในเรื่องนี้จะเป็นเรื่องที่ดีมีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และมีประโยชน์ต่อระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งเนื้อหาในโปรแกรมนี้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตรวจสอบและตัดสินใจก่อนการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ด้วยตนเองบนพื้นฐานข้อมูลที่นำเชื่อถือ แม้ว่าผู้สูงอายุต้องเอาใจใส่ใส่ใจตัวเองเป็นอย่างมาก และต้องมีความรู้ระดับปานกลางถึงดี เช่น สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถตัดสินใจได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์จึงจะสามารถใช้โปรแกรม 3 ต นี ในการตัดสินใจเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ซึ่งกิจกรรมมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่จัด ไม่มากจนเกินไปเนื่องจากสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำได้นาน หากใช้เวลานานอาจทำให้เหนื่อยล้าและขาดความสนใจได้ กิจกรรมที่หลากหลายไม่น่าเบื่อ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และมีความสุขสาน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ส่วนสถานที่จัดกิจกรรมที่อาคารเอนกประสงค์ ซึ่งสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคได้ โดยกิจกรรมนี้มีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยตรงคือ กลุ่มผู้สูงอายุจะสามารถตัดสินใจโดยใช้วิจารณญาณอย่างรอบคอบในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้พึ่งพาตนเองได้ และเกิดความภาคภูมิใจ สามารถนำกิจกรรมนี้ไปต่อยอดกับโรงเรียนผู้สูงอายุอื่นๆ หรือกลุ่มอื่นๆได้ เพราะเนื้อหาไม่ได้ซับซ้อน เป็นเนื้อหาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่หากมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและใช้อย่างคล่องแคล่วจะเอื้ออำนวยได้มากขึ้น เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจบางส่วนต้องใช้การค้นหาข้อมูลอ้างอิงจากสื่อที่น่าเชื่อถือ แต่อาจจะมีการปรับเนื้อหาบางส่วนให้กระชับ หรือสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มแต่ละกลุ่มมากขึ้น สื่อที่ใช้คือ power point ตัวหนังสือมองชัดเจน มีเอกสารแจก เพื่อช่วยให้สามารถกลับมาทบทวนเนื้อหาเดิมได้ รูปแบบกิจกรรมมีความชัดเจน มีแผนการให้ความรู้ตามลำดับขั้น โดยเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาปัจจุบันสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโปรแกรมที่จัดขึ้นในพื้นที่กลุ่มทดลอง คือ ตัวแทนคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง 1 คน ตัวแทนผู้นำชุมชนในพื้นที่ของกลุ่มทดลอง 1 คน ตัวแทนอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ทดลอง 1 คน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม 2 คน รวม 5 คน

มีความเห็นว่า กิจกรรมในโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ต้องการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด เนื้อหาในโปรแกรมนี้นำให้ผู้สูงอายุสามารถตรวจสอบและตัดสินใจก่อนการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ซึ่งกิจกรรมที่จัดอยากทำให้ใช้เวลาให้มากขึ้น ขยายเนื้อหา ขยายการอธิบาย อาจจะต้องใช้การฝึกฝนหลายวันกว่าจะคล่องแคล่ว มีกิจกรรมที่หลากหลายไม่น่าเบื่อ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และมีความสนุกสนาน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สถานที่เหมาะสม แต่ควรจะเป็นห้องปรับอากาศเพื่อความเย็นสบาย แต่ก็เข้าใจได้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรค โควิด 19 ก็เหมาะสมที่จัดสถานที่นี้ โดยกิจกรรมนี้มีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยตรงคือ กลุ่มผู้สูงอายุจะสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้พึ่งพาตนเองได้ สามารถนำกิจกรรมนี้ไปต่อยอดกับโรงเรียนผู้สูงอายุอื่นๆ หรือกลุ่มอื่นๆได้ และควรขยายผลไปยังผู้ดูแล และคนต่างๆในชุมชนด้วย เพราะทุกๆกลุ่มจะมีโอกาสต้องเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว เนื้อหาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ตัวหนังสือมองเห็นชัดเจน มีเอกสารแจก เพื่อช่วยให้สามารถกลับมาทบทวนเนื้อหาเดิมได้ รูปแบบกิจกรรมมีความชัดเจน มีเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาปัจจุบันสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีและอายุที่ยืนยาว และสามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่เป็นภาระของลูกหลานจนเกินไป มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มระยะเวลา หรือขยายเนื้อหา เน้นการฝึกปฏิบัติมากขึ้น แต่กิจกรรมนี้ก็ดีพอสมควรเพราะได้ทดลองฝึก แต่อยากได้การฝึกที่มากขึ้น และมีช่องทางติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือสอบถามข้อมูลที่ไม่ว่าจะเข้าใจ และอยากให้คนในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เรียนรู้การเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้ด้วย เพื่อจะได้เข้าใจและสามารถตัดสินใจได้เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และอยากให้ออกกิจกรรมในลักษณะแบบนี้เรื่อยๆ อยากให้นักวิจัยมาอีก มาทบทวนเนื้อหา หรืออาจจะเปลี่ยนหัวข้อเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มเติม เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

สรุปจากการสนทนากลุ่ม ทั้งสามกลุ่มมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันคือ

1. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและสุขภาพนั้นมีประโยชน์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. โปรแกรมนี้มีเนื้อหา กิจกรรม และสื่อที่เหมาะสม สถานที่และเวลาเหมาะสม แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่วมโปรแกรมอยากให้มีระยะเวลา และเพิ่มชั่วโมงการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น เพื่อความเข้าใจและชำนาญ
3. โปรแกรมนี้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดและให้ความรู้กลุ่มอื่นๆได้ เพราะเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องมีความรอบรู้เพื่อที่จะตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้
4. การเสริมสร้างความรอบรู้นี้ควรได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนตลอดจนควรมีบุคคลากรและงบประมาณในการจัดการ

4.3.5.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสะท้อนผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2 จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ประเด็นความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน สอดคล้องกับความต้องการ

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 1

“สถานการณ์ปัจจุบันคือผู้สูงอายุมักซื้อยามารับประทานเอง เพื่อดูแลอาการเจ็บป่วยของตัวเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและอายุยืนยาวค่ะ แต่ปัญหาคือการเลือกซื้อเลือกจ่ายที่ผิด ไม่ถูกโรค บางครั้งปลอม ไม่มีคุณภาพ หรือมีสเตียรอยด์ ทำให้อันตราย นอกจากไม่หายป่วยแล้ว ยังทำให้ป่วยมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม คิดว่าสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พร้อมจะเรียนรู้ พร้อมเปิดรับข้อมูลใหม่ๆ อยู่เสมอ”

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 2

“สถานการณ์ปัจจุบันคือการโฆษณาขายยาที่ผิดกฎหมาย โฆษณาเกินจริง แล้วผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลหลงเชื่อแล้วไปซื้อมารับประทาน ส่งผลเสียต่อร่างกายครับ โปรแกรมนี้ประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่อยากจะพัฒนาตัวเองให้สามารถเลือกใช้/เลือกซื้อได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นครับ”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 1

“นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุมีทั้งกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไม่ป่วย กลุ่มที่ป่วยก็พยายามเสาะแสวงหาสิ่งที่ทำให้ตนเองหายป่วยหรือสุขภาพดีขึ้น ส่วนกลุ่มที่ไม่ป่วยก็พยายามหาอาหารเสริม หรือยาที่ป้องกัน หรือส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีการใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก แต่จะใช้ถูกหรือไม่นั้นก็ต้องมีการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ โปรแกรมนี้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเลือกจ่าย อาหารเสริม หรืออื่นๆ ได้ถูกต้อง เหมาะสมขึ้น”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 2

“ปัญหาคือมีโฆษณาชวนเชื่อมากมาย ทั้งทางทีวี ออนไลน์ วิทยูและอื่นๆ แล้วผู้สูงอายุก็อยากทดลอง เพราะมีความหวังว่าอยากหาย อยากสุขภาพดีขึ้น แต่ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจว่าจะเลือกอย่างไรให้เหมาะสม โปรแกรมนี้ช่วยตรวจสอบการอ่านฉลาก การคิดอย่างรอบคอบ การพิจารณาวันหมดอายุ การเสื่อสภาพของยา และอื่นๆ ซึ่งมีประโยชน์มากและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่จะดูแลตัวเองให้สุขภาพดี”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 1

“ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีกำลังทรัพย์ ทั้งเงินที่ตัวเองเก็บสะสมมา เงินที่ลูกหลานให้ เงินผู้สูงอายุและอื่นๆ ทำให้มีกำลังซื้อ พอมีโฆษณาตามช่องทางต่างๆ ไม่ว่าจะบนเคเบิลทีวี วิทยู ยูทูป โลกออนไลน์ หรืออื่นๆ แล้วอยากลองซื้อมาใช้ แต่ไม่ได้มีวิจารณญาณว่าสิ่งใดเหมาะสม สิ่งใดอันตรายต่อ

สุขภาพ การมีโปรแกรมนี้อย่างน้อยทำให้ผู้คิด คิดพิจารณา อ่านฉลาก พิจารณาข้อมูลก่อนซื้อ ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยตรง และมีประโยชน์ต่อสังคมด้วยค่ะ”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 2

“เป็นโปรแกรมที่มีประโยชน์ค่ะ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง บนพื้นฐานข้อมูลที่มีอยู่ ไม่หลงเชื่อคำโฆษณาต่อต้องพิจารณาตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ซึ่งสิ่งนี้สำคัญมากๆ เพราะผู้สูงอายุไม่ได้อยากเป็นภาระของลูกหลาน อยากดูแลสุขภาพด้วยตัวเองค่ะ”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 1

“กิจกรรมนี้มีประโยชน์ต่อตัวเองมากครับ ต่อไปนี้ผมจะอ่านฉลากก่อน ดูวันหมดอายุ ดูยาเสื่อมสภาพก่อนใช้ และจะนำไปแนะนำคนที่บ้านด้วยหลัก 3 ต ต้อง ตรวจ ตัด จำได้ครับว่าจะทำอะไร ขอขอบคุณที่มอบรมให้ความรู้ครับ”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 2

“โปรแกรม 3 ต ต้อง ตรวจ ตัด ทำให้รู้ว่า ก่อนใช้ยา อาหารเสริมนั้น ต้องตรวจสอบอะไรบ้าง ฉลากมีลายระเอียดครบถ้วนบ่ แบบใดใช้ได้บ้าง แล้วต้องตรวจอีกยี่ห้อไหน จนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ดีค่ะ มีประโยชน์ อยากให้มีอีกเรื่อยๆ”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 1

“หลังจากเข้าร่วมอบรมให้ความรู้ คุณแม่อ่านฉลากก่อนรับประทานยา มาเล่าให้ฟังว่าต้องดูอะไรบ้าง ต้องตรวจ ตัด อะไร อย่างไร และให้พี่พยาบาลโคตเช็กเลขทะเบียนยาจะ สนุกดีค่ะ ได้ความรู้ไปด้วย คิดว่าผู้ดูแลก็ได้นำมาใช้ประโยชน์ด้วย อยากให้อบรมผู้ดูแลด้วยค่ะ”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 2

“มีประโยชน์มากค่ะ ช่วยให้เราตรวจสอบก่อนใช้ การเราจะเลือกใช้ยาต้องอ่านอะไร ดูอะไรบ้าง แม้มันมาเล่าให้ฟัง แต่อยากให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง เดียวผู้สูงอายุจะลืม”

ผู้นำชุมชน คนที่ 1

“ผู้อายุในชุมชนมีจำนวนมากครับ คนป่วยก็มาก การได้มาอบรมให้ความรู้นี้เป็นสิ่งดี ที่จะช่วยให้เขาสามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ได้ อยากให้คนในชุมชนได้อบรมทุกคนครับ น่าจะมีประโยชน์ต่อชุมชน”

ผู้นำชุมชน คนที่ 2

“ดีครับ เพราะผู้สูงอายุมีการใช้ยาเยอะ หากมีการสอน การอบรมเกี่ยวกับการเลือกใช้ยา พอเขาจะเลือกใช้จริงๆ ก็จะสามารถเลือกได้ และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ในคนในบ้าน ในชุมชนเขาด้วยครับ อยากให้มีอีกเรื่อยๆครับ”

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้

1. มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน
2. สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

3. เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์
4. ทำให้ผู้สูงมีความรู้ ความเข้าใจ
5. ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
6. อยากให้มีต่อเนื่อง
7. ควรการอบรมทุกๆคนในชุมชน

2. ความเหมาะสมของสถานที่ ระยะเวลา

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 1

“ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมนี้ พอประมาณ ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป เพราะหากนานผู้สูงอายุอาจจะเหนื่อยและไม่สนใจ ส่วนสถานที่ก็เหมาะสมแล้วเพราะไม่แออัดเกินไปค่ะ”

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 2

“สถานที่ต้องเป็นที่โล่ง เปิด เพราะสถานการณ์โควิดกำลังระบาด ซึ่งอยู่นอกอาคาร ลมโกรกเหมาะสมแล้วครับ เวลาที่เหมาะสมไม่มากเกินไป”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 1

“เวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม เพราะช่วงเช้ายังเป็นช่วงที่ตื่นตัวพร้อมเรียนรู้ค่ะ แต่ก็ยังมีเสียงบ่นว่าอยากให้จัดนานๆ สงสัยจะชอบวิทยากรนะคะ ส่วนสถานที่ก็เหมาะสมค่ะ โลง และไม่ร้อน”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 2

“เวลาในการจัดเหมาะสมแล้วค่ะ ไม่มากไม่น้อย สถานที่ก็โอเคค่ะ เพราะเป็นสถานที่ที่เราใช้ทำกิจกรรมกับนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุในทุกๆสัปดาห์อยู่แล้ว ไม่ร้อน อากาศถ่ายเทค่ะ”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 1

“คิดว่าเวลา 3 ชม. รวมพัก เหมาะสมแล้ว ถ้ามากเกินไปเขาจะไม่อยากเรียน ถ้าเลยช่วงเที่ยงแล้วอยากกลับไปไปเอนไปงีบแล้วค่ะ ส่วนสถานที่ก็อากาศโปร่งโล่ ไม่เสี่ยงต่อโรคโควิดค่ะ”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 2

“3 ชั่วโมงที่จัดกิจกรรมเนื้อหาแน่น เต็มที่ ไม่มีช่องว่างเลย ซึ่งจัดการได้ดี ผู้สูงอายุไม่มีบ่น ไม่มีเหนื่อย มีแต่อยากเรียน อาจจเพราะว่าเป็นเนื้อหาที่เขาใช้ในชีวิตเขาอยู่แล้ว ส่วนสถานที่ก็ถือว่าใช้ได้ เพราะสถานการณ์โควิดนี้ จะนั่งห้องแอร์เย็นๆก็ไม่ได้”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 1

“ผมคิดว่าเวลาน้อยไปครับ อยากให้มากขึ้น เพราะว่าได้ความรู้ดี อยากเรียนอีก หรืออยากฝึกตรวจสอบตามหลัก 3 ต่อ เพิ่มอีกครับ ส่วนสถานที่ก็พอดี อยากเรียนในห้องแอร์คงจะเย็นกว่านี้ แต่เข้าใจอยู่ครับว่าย่านติดโควิด”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 2

“ดีค่ะ ชอบ เวลาพอดี บ่งบ่งบ่งน้อย แต่อยากให้มาอีกค่ะ อยากเรียนหลายๆ เพราะการใช้ยามันสำคัญ สถานที่ก็ดีอยู่ค่ะ ปกติก็เรียนอยู่นี่อยู่แล้ว”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 1

“เหมาะสมจ้า เพราะเป็นช่วงเวลาที่เรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุอยู่แล้ว บ่ได้ไปนอกเวลา ถ้านอกเวลาจะเสียเวลาไปรับไปส่ง อันนี้ตรงในเวลาพอดี สถานที่ก็ที่ดีไม่ได้ยุ่งยากหยั่ง”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 2

“พอได้ค่ะ แล้วแต่คุณหมอจะสอนเลย แม่ชอบที่จะมาเป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้ความรู้กลับไปหลายเรื่องบางทีก็ไปเล่าให้ฟัง พาทำนุ่นนี่”

ผู้นำชุมชน คนที่ 1

“เหมาะสมครับ เพราะหากนานเกินไปอาจจะทำให้ผู้สูงอายุไม่พร้อมจะเรียนรู้ อยากกลับบ้าน แต่ถ้าแค่ช่วงเช้า พอดีแล้ว ส่วนสถานที่ก็เหมาะสมแล้วครับ”

ผู้นำชุมชน คนที่ 2

“ถ้าได้อบรมในห้องประชุมแอร์เย็นๆคงจะดีครับ แต่ว่าด้วยโควิดระบาด แบบนี้ก็โอเคแล้ว เวลาที่พอดีไม่เกินไป”

สรุป

1. ระยะเวลาและสถานที่มีความเหมาะสม ระยะเวลาไม่มากเกินไป เพราะหากมากจะทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อย และไม่สนใจได้
2. สถานที่นั้นเหมาะสมเพราะสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ควรเป็นสถานที่โล่ง โปร่ง อากาศถ่ายเท
3. อยากให้เพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรม อยากเรียนรู้เพิ่มเติม ในการฝึกปฏิบัติตามหลัก 3 ต. “ต้องตรวจ ตัด”

3. ความเหมาะสมของสื่อ

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 1

“สื่อมีทั้งเนื้อหาพาเวอร์พ้อย และเอกสารแจก คิดว่าเหมาะสมแล้ว”

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 2

“เหมาะสมแล้วครับ สื่อมีเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 1

“ดีค่ะ มีเอกสารแจก ผู้สูงอายุสามารถกลับไปทบทวนได้”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 2

“ดีค่ะ มีภาพ สีสันสวยงาม ตัวหนังสือใหญ่อ่านได้ชัด”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 1

“มีสื่อประกอบดีค่ะ ภาพสไลด์สวย มีตัวอย่างด้วย”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 2

“ภาพสไลด์โอเคค่ะ มีภาพ มีตัวอย่าง มีเนื้อหาเป็นขั้นๆ”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 1

“สื่อเข้าใจได้ครับ มีให้กลับบ้านด้วย เพื่อได้ทวน เวลาลืม เวลาใช้จริงกะเอามาเบิ่ง”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 2

“ดีค่ะ ได้เอกสารเมื่อบ้านนำ เอาไปอ่าน เอาไปให้ลูกหลานอ่านนำได้”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 1

“ดีค่ะ มีเอกสารมาด้วย”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 2

“ดีค่ะ เราก็อ่าน ได้มีความรู้ตามไปด้วย มีคิวอาร์โค้ดให้สแกนไปตรวจเลขอนุญาตด้วย เราก็อได้ตรวจด้วย”

ผู้นำชุมชน คนที่ 1

“ดีครับ มีสื่อมีเอกสารประกอบ”

ผู้นำชุมชน คนที่ 2

“ครับ ดี แล้ว มีเอกสารประกอบให้ผู้สูงอายุได้อ่าน ได้ทบทวน เพราะผู้สูงอายุมักหลงลืมง่าย อยากร้อยก็นำกลับมาเปิดดูอีกรอบ”

สรุป

1. สื่อที่ใช้เหมาะสม
2. ตัวหนังสือชัดเจน
3. มีภาพประกอบ
4. มีคำอธิบายเป็นขั้นๆ
5. มีเอกสารกลับบ้าน สามารถนำกลับมาอ่าน มาทบทวนได้ซ้ำ

4. รูปแบบกิจกรรม /เนื้อหา การแก้ปัญหาสุขภาพหรือส่งเสริมสุขภาพ

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 1

“มีกิจกรรมที่หลากหลาย ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วม และสามารถแก้ปัญหาการเลือกใช้อย่างได้ค่ะ”

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 2

“กิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ ทำให้มีประโยชน์ในการเลือกใช้อย่าง”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 1

“มีกิจกรรมที่หลากหลายไม่น่าเบื่อ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และมีความสนุกสนาน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน คิดว่าหากกลับไปบ้าน ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ยาได้ดีขึ้น ถูกต้องมากขึ้น”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 2

“กิจกรรมมีตัวอย่าง ค่อยๆพาทำ พาตรวจสอบ มีตัวอย่างจริงๆให้ดูด้วย ทำให้เห็นภาพชัดเจน เชื่อว่าผู้สูงอายุจะสามารถนำไปใช้ตัดสินใจเลือกยาได้ถูกต้องขึ้น”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 1

“กิจกรรมมีการให้บอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา สะท้อนปัญหาและแก้ไขโดยการให้ผู้สูงอายุมีวิจรรณญาณในการเลือกยาได้มากขึ้น เหมาะสมขึ้น อย่างน้อยๆ ต่อไปนี้ก่อนใช้ยาผู้สูงอายุน่าจะอ่านฉลากอย่างถี่ถ้วนขึ้น”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 2

“กิจกรรมมีตรวจสอบวันหมดอายุด้วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญจำเป็นมาก เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่คงไม่ได้ดู แม้กระทั่งตัวเองก็อาจจะไม่ตรวจสอบก่อนใช้ เหมือนทำให้ลูกคิดมากขึ้น การพิจารณาความปลอดภัยก็สำคัญมากๆ คิดว่าจากนี้ไปอย่างน้อยๆ ก่อนเลือกยาผู้สูงอายุจะพิจารณาวันหมดอายุและความเสื่อมสภาพของยา ก่อนตัดสินใจเลือกใช้”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 1

“กิจกรรมดีครับ ที่ลองทำ มีขวดยาจริงๆให้หัดอ่านฉลาก หัดหาที่วันหมดอายุ คิดว่ากลับไปบ้านคงต้องไปขนยาออกมาตรวจยาหมดอายุ กับการเสื่อมสภาพ ส่วนการตรวจเลขทะเบียนยาอาจจะยาก แต่คุณหมอบอกว่าในเอกสารมีคิวอาร์โค้ด ให้ลูกหลานทำให้ได้ เดี่ยวไปหลานหลานลองทำครับ”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 2

“ดีจ้า คุณหมอเพิ่มรับฟังเขา บ่แม่นว่าเพิ่มจะพูดคนเดียว ฟังฟังความคิดเห็น ฟังประสบการณ์ของเขานำ ม่วนนำ หมู๋อยากร้องเพลงเพิ่มกะให้ร้อง เกมกะมีให้เล่น ได้ของแจกพร้อม ถ้าใครตอบคำถามเพิ่มกะมีแนวให้ บ่เปื้อจ้ ม่วนดี”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 1

“พอแม่มาถึงบ้าน ขนยาออกมาดูวันหมดอายุ บางอันไม่มีเขียนบอก แกก็รู้เพราะแกบอกว่าดูจากวันผลิตก็ได้แล้วนับไปกี่เดือนๆ ถามว่าแม่คือจำได้ แกบอกว่า ตั้งใจเรียน ยาเสื่อมสภาพแกก็รู้ กลับมาก็เช็คยากันทั้งวัน”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 2

“เนื้อหาไม่แน่ใจ เพราะไม่ได้เรียนด้วย แต่เชื่อแน่ว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น ก่อนจะกินยาก็อ่านฉลากก่อน ขนาดเป็นยาที่เคยกินก็อ่าน ดูวันหมดอายุก่อนด้วย แต่ก็มีบอกว่าเช็คคิวอาร์โค้ดให้หน่อย ดูเลขยาว่าถูกต้องไหม เราก็ช่วยทำคะ ได้ความรู้ไปด้วย”

ผู้นำชุมชน คนที่ 1

“เป็นเนื้อหาที่มีประโยชน์ครับ เพราะผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ยา หากมีหลักการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมก็น่าจะใช้ได้ถูกต้อง สุขภาพดี หายป่วย”

ผู้นำชุมชน คนที่ 2

“ดีครับ จะได้เลือกใช้ยาได้ถูกต้อง อยากให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ด้วย เพราะทุกคนก็ต้องมีโอกาสได้ใช้ยาในสักวัน น่าจะเป็นประโยชน์”

สรุป

1. เนื้อหา มีประโยชน์
2. มีกิจกรรมที่หลากหลายไม่น่าเบื่อ
3. ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วม
4. มีความสนุกสนาน
5. เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่
6. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
7. สามารถนำไปใช้ที่บ้านจริง พาลูกหลานเข้คยาที่บ้าน

5. สามารถนำไปใช้พื้นที่อื่น หรือกลุ่มเป้าหมายอื่น

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 1

“สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับโรงเรียนผู้สูงอายุอื่นๆ หรือโรงเรียนประถมมัธยมได้เลย”

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมฯ คนที่ 2

“สามารถนำไปใช้ได้ครับ แต่อาจจะปรับเนื้อหา หรือบริบทให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 1

“ดีค่ะ สามารถนำไปใช้กับนักเรียนผู้สูงอายุน่าจะไปได้ หรืออาจจะนำไปอบรม. หรือกลุ่มกลุ่มๆ ได้อีก เพราะเป็นเนื้อหาที่ทุกคนจำเป็นต้องเรียนรู้ จะได้เลือกใช้ยาได้อย่างถูกต้อง”

เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุ คนที่ 2

“สามารถใช้กับกลุ่มอื่นๆได้ ทุกคน เพราะทุกคนต้องมีโอกาสในการเลือกใช้ยาในสักวัน แต่อาจจะปรับเนื้อหาให้เหมาะสม เช่นสอนเด็ก อาจจะเปลี่ยนแปลงเนื้อหาเพื่อให้เหมาะสมขึ้น”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 1

“คิดว่าโปรแกรมนี้เหมาะที่จะนำไปต่อยอดกับกลุ่มอื่นๆ เช่นอบรม. หรือนักเรียนน้อย. น้อย หรืออื่นๆ น่าจะใช้ได้ เพราะการเลือกใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 2

“อยากนำไปอบรม.ค่ะ น่าจะมีประโยชน์ ถ้ามีกิจกรรมอบรม. อาจจะเชิญมาเป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องนี้นะคะ”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 1

“ดีครับ อยากให้ผู้อื่นได้เรียนด้วย อยากให้เขาสามารถเลือกใช้ยาได้ถูกต้องกว่าเก่า”

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ คนที่ 2

“ดีค่ะ อยากให้ ลูกๆหลานๆ นักเรียนได้เรียนแต่น้อยๆ จะได้ดูแลจะของได้ นำความรู้ไปดูแลป่วยาตา ยายอยู่บ้านได้”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 1

“อยากให้อบรมผู้ดูแลด้วยค่ะ น่าจะได้ความรู้ที่ดี”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 2

“อยากอบรมด้วยเลยค่ะ น่าจะเป็นประโยชน์มาก เพราะว่าตัวเราก็ต้องเลือกใช้ในการดูแลสุขภาพตัวเองและครอบครัว หากมีหลักการเลือกใช้อาจจะมีประโยชน์เลือกใช้ได้ดีขึ้น เป็นการช่วยดูแลสุขภาพเบื้องต้น”

ผู้นำชุมชน คนที่ 1

“คิดว่าโปรแกรมนี้มีประโยชน์ต่อทุกคนครับ อยากให้ทุกคนได้อบรม อาจจะเริ่มจากกลุ่มอสม. หรืออาจจะกลุ่มนักเรียนก็ได้ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปตัดสินใจเลือกใช้ยาให้คนในครอบครัว หรือคนอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสมขึ้นครับ”

ผู้นำชุมชน คนที่ 2

“คิดว่าโปรแกรมนี้สามารถนำไปต่อยอดได้ อาจจะปรับเนื้อหาให้สั้นลงแล้วนำไปอบรมอสม.น่าจะมีประโยชน์มากๆ หรืออาจจะอบรมทุกคนไปเลย จะทำให้ทุกคนมีความรู้ สามารถเลือกใช้ยาได้ถูกต้อง”

สรุป

1. สามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่นๆได้เช่น กลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุรุ่นถัดไป อสม. นักเรียน หรือคนในชุมชน
2. หากไปใช้กับกลุ่มอื่นอาจจะต้องมีการปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับสภาพหรือบริบทของกลุ่มนั้นๆ ด้วย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อมูลระยะที่ 1 การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Plan)

กลุ่มตัวอย่างนี้เป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสุขภาพดี เป็นกลุ่มที่พร้อมสำหรับการเรียนรู้อยู่เสมอเนื่องจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นการพัฒนาระดับปัจเจกบุคคลเป็นอันดับแรก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบระดับความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาได้ อีกทั้งเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตโดยใช้สมาร์ตโฟนส่วนตัว ทำให้เป็นกลุ่มที่มีข้อมูลสุขภาพมากมายทั้งแหล่งที่น่าเชื่อถือและแหล่งที่ไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง

5.1.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับที่ต่ำทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา (Song, Panuthai, & Nanasilp, 2022) (Kitpapon Srithanee, 2017) (Nilnate W, 2014) กลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เป็นกลุ่มที่รู้หนังสือต่ำ จะมีผลต่อการรับข้อมูลข่าวสาร การใช้ข้อมูล การเข้าถึงการบริการสุขภาพต่างๆ ทำให้ขาดความสามารถในการดูแลตัวเองได้ (Benjamas Suramitmaetri, 2013) ผู้สูงอายุบางส่วนอาจจะมีการจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้น้อย และลืมนง่าย (Kittiporn Nawsuwan, Prapaipis Singhasem, & Naksrisang, 2017) การรู้หนังสือน้อย จะส่งผลโดยตรง และทางอ้อมต่อสภาวะสุขภาพ (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) เนื่องจากการอ่านออกเขียนได้ ทำให้มีความสามารถในการค้นและแสวงหาข้อมูล ทำให้สามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ดี มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่ำทั้ง 6 ด้านนั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังขาดความสามารถในการประเมินความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพต่างๆ ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะเป็นกลุ่มที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต เช่น วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถซักถามหรือร้องขอข้อมูลสุขภาพต่างๆได้อย่างมั่นใจ ขาดอำนาจในการตัดสินใจเพื่อตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการดูแลตัวเอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำดังนี้

1.สถานะโสด

สถานภาพโสดมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต่ำเมื่อเทียบกับคนที่มีสถานภาพสมรส สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา(Sangduan Ginggeaw, 2016) และยังพบว่ามีการศึกษาบางงานที่พบว่าการสนับสนุนกับครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Natcha Ruangkiatkul 2022)

2. การพักอาศัยในเขตชนบท

การพักอาศัยในเขตชนบทโอกาสเสี่ยงต่อการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต่ำเมื่อเทียบกับผู้ที่พักอาศัยในเขตเมือง เนื่องจากเขตชนบทจะมีสถานบริการ หรือแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ไกลที่สุดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ(Natcha Ruangkiatkul, 2022) ระยะทางในการเดินทางน้อยจะสอดคล้องกับการพักในเขตชนบทที่มีระยะเวลาและระยะทางในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่มากกว่า ส่งผลให้เสี่ยงต่อความรู้ที่ต่ำ

3. ความสามารถในการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่คล่องแคล่ว

ผู้ที่มีความสามารถค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ตอย่างคล่องแคล่ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (Thomas A & et al., 2020) (Pramote Thangkratok, Prissana Boonpradit, & Natchaya Palacheewa, 2022) (Mackert, Mabry-Flynn, Champlin, Donovan, & Pounders, 2016) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสาร และสามารถเลือกข้อมูลข่าวสารมาปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม (Sangduan Ginggeaw, 2016) แต่เหตุผลที่ผู้สูงวัยเล่นสื่อออนไลน์แล้วมีอันตรายมากกว่าเด็กและวัยรุ่น เพราะ ไม่มีประสบการณ์ถูกหลอกลวงผู้ใหญ่วัยเบบี้บูมเมอร์หรืออียิปปีในอดีต (60-70's) เต็มโตมากับการรับสารทางเดียว เมื่อมาพบกับข่าวสารที่ใครก็เขียนได้ในสมัยใหม่ จึงมีแนวโน้มที่จะเชื่อไว้มาก่อน โดยไม่ทันพิจารณาข้อเท็จจริง เพียงแคมีแหล่งหรือบุคคลอ้างอิง ก็เชื่อได้โดยง่าย โดยเฉพาะเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพต่างๆ ที่ถูกส่งต่อกันมามีเครือข่ายแพร่ความเข้าใจผิดกว้างขวาง เมื่อผู้สูงอายุเล่นเน็ตและโซเชียลมีเดีย ก็มักจะมาพร้อมกับสังคมเพื่อนโดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนเก่า พร้อมทั้งจะส่งข้อความ ข้อมูล ข่าว ผิด ๆ ให้แพร่กระจายไปได้เร็ว (Prachatip Kata, 2018) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสมาร์ตโฟนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายแต่ไม่มีการคัดกรองความถูกต้อง ทำให้อาจจะหลงเชื่อข้อมูลที่โฆษณาเกินจริง หรือเป็นเท็จได้ ส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพต่ำ การแก้ไขจะต้องให้ผู้สูงอายุเข้าถึง ค้นหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีแหล่งอ้างอิงที่ถูกต้องทันสมัย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Lee, Jin, Henning-Smith, Lee, & Lee, 2021)เพื่อจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพ และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

4. การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต่ำเมื่อเทียบกับคนที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญเช่น การช่วยอ่าน การตีความ การเข้าใจศัพท์ทางการแพทย์บนเอกสารความรู้หรือฉลากยา การหาข้อมูลการเก็บป่วยและการที่รักษาที่ซับซ้อน (Fields et al., 2021) การสนับสนุนจากครอบครัวส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจในประเด็นสุขภาพได้มากขึ้น (A, 2021) แต่หากได้รับการสนับสนุนทางครอบครัว หรือทางสังคมน้อย หรือรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวแม้เพียงพอก็จะมีผลทำให้ความรอบรู้ลดต่ำลง ส่งผลให้สุขภาพไม่ดีและต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น(Liu Yong-Bing, Hou Ping, Xue Hui-Ping, Mao Xin-E, & Li Yong-Nan, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Pramote Thangkratok et al., 2022) (Thanchanok Khumthong, 2016) (Trainattawan, Wirojratana, & Watanakukrileert, 2019) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Panagioti et al., 2018) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุได้(Jafari, Tehrani, Esmaily, Shariati, & Vahedian-shahroodi, 2020a) (Trainattawan W, Wirojratana V, & Watanakukrileert D, 2019) (Jafari, Tehrani, Esmaily, Shariati, & Vahedian-shahroodi, 2020b)

5.1.2 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีโรคประจำตัวจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเป็นประจำ เพราะอยากให้หายขาดแต่ก็รู้ว่าไม่หาย และอยากให้อาการดีขึ้น กินยาตามแพทย์สั่ง เพราะกลัวจะป่วยหนักกว่าเดิม พบว่าหากเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ซื้อยามารับประทานเอง บางคนก็มีลูกเป็นคนซื้อให้ ซื้อจากร้านชำ ร้านยา และซื้อจากการขายตรง เช่นแบบสมัครสมาชิก เป็นต้น ซึ่งบางรายจะมีการสอบถามคนอื่น หรือค้นหาข้อมูลก่อนเลือกใช้ การเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยตัวเอง โดยการเลือกคือ เลือกจากราคาแพง เคยมีคนใช้ มีตัวอย่างยืนยันน่าเชื่อถือ เลือกตามอาการ ลูกหามาให้ และตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง หาข้อมูลเอง ซึ่งการพิจารณาจากราคาหรือมีตัวอย่างใช้ก่อน ยังไม่ถึงว่าเป็นการเลือกใช้ที่ถูกต้อง ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจใช้ ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่เพราะกลัวอันตรายและใช้ยาจากแพทย์เท่านั้นความคิดเห็นเกี่ยวกับการโฆษณาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น เคเบิลทีวี วิทยุ รถเร่ออนไลน์ ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นการโฆษณาเกินจริงไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งถือว่ามีความรู้เท่าทันสื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องนี้ได้ดี แต่หากมีคนมีความรู้เช่นบุคลากรทางการแพทย์ หรือมีผู้ป่วยมายืนยันก็จะเชื่อ หากลูกหลานญาติเพื่อนบ้านได้นำยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพมาให้ใช้ แต่คิดว่าก่อนใช้ต้องพิจารณาให้ดีกว่าก่อน ด้านความสามารถแนะนำการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ส่วนใหญ่บอกว่าแนะนำได้ โดยแนะนำให้เลือกอัน

ที่ดีมีคุณภาพ มีรับรอง มีเลขอ.ย. ข้อมูลสอดคล้องกับการตอบในแบบสอบถาม ซึ่งเป็นพฤติกรรมไม่ถูกต้อง เพราะผลิตภัณฑ์ที่มีเลขอ.ย. นั้น เป็นอาหาร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ไม่ใช่ยา ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความเข้าใจที่ผิด ดังนั้นหากต้องการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงต้องเน้นย้ำประเด็นนี้ด้วย ส่วนสิ่งสำคัญที่สุดที่จะตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพให้สุขภาพแข็งแรง ไม่ป่วยและอายุยืนนาน ความรู้ที่จะจัดการสุขภาพตัวเองในการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าดูแลตัวเองได้ เหตุผลเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาตนเองได้ และได้รับความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ จึงพอที่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพจะสอบถามแพทย์ที่รักษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่ชัด บางรายจะมีการค้นข้อมูลด้วยตัวเองทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งข้อมูลพบว่าถึงแม้จะมีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต มีข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งน่าเชื่อถือและหลอกลวง พบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถระบุ หรือแยกแยะความถูกต้องได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าถึงข้อมูลอินเทอร์เน็ตได้นั้นยังมีความรอบรู้ที่ต่ำ จึงควรมีการเสริมสร้างทักษะการพิจารณาความถูกต้องของผลิตภัณฑ์ที่จะเลือกใช้ด้วย

5.1.3 การศึกษาระบบเผื่อระวังคุ้มครองผู้บริโภคในยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

จากการสนทนากลุ่ม หลากๆกลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่ม เกษีขกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่ม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มคุณครูในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทุกกลุ่มมีความเห็นที่คล้ายคลึงกัน คือ การโฆษณาขายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ปลอม ไม่มีคุณภาพ ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการมีสุขภาพที่ดี จึงพยายามแสวงหาการรักษาสุขภาพของตัวเองได้มีสุขภาพที่ดี เป็นปัญหาที่แก้ได้ยาก เพราะว่ามี การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์อยู่เสมอ ซึ่งทุกชุมชนมีมาตรการการเผื่อระวังการซื้อขายยา แต่เป็นการเผื่อระวังพวกรถขายเร่ การเดินขายตรงการหมู่บ้าน การแสดงงู แสดงลิง หนังขายยา ประเภทเหล่านี้จัดการได้ แต่ประเภทในสื่อออนไลน์ยังจัดการได้ยาก ตรวจสอบยาก เพราะเป็นการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะบุคคล ทุกกลุ่มให้ความเห็นว่าเป็นสถานการณ์ที่ควรดำเนินการเร่งแก้ไข โดยสร้างความตระหนัก และความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับบุคคลก่อน เพราะเป็นจุดแรก จุดเริ่มต้น ก่อนขยายผลไปยังระดับชุมชน ซึ่งการให้ความรู้ควรจะเริ่มจากกลุ่มนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุเพราะเป็นกลุ่มที่มีความพร้อม มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆอยู่เสมอ โดยมีปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทำให้สำเร็จคือ ความร่วมมือของทุกฝ่าย ความจริงจังในการแก้ปัญหา ตลอดจนผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลต้องร่วมมือร่วมใจกัน โดยขั้นตอนแรกควรเน้นที่ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีระบบตรวจสอบเผื่อระวัง โดยการสนับสนุนจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทั้งด้านกำลังคน และงบประมาณในการดำเนินการ

5.2 ข้อมูลระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Action)

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่ประเทศจีน(WHO, 2017) มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal-SDG) มีประเด็นสำคัญคือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยสนับสนุนความสำเร็จในด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างไร” โดยมีการให้ความหมายเพิ่มเติมของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า “เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ เข้าถึง และสามารถสื่อสารสนเทศในการส่งเสริม และรักษาให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน” ซึ่งการสร้างโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมสุขภาพส่วนหนึ่งในกลยุทธ์ที่สองในการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัยโดยมีแผนปฏิบัติการในปี 2016 – 2020 คือ ภายในปีค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) กำหนดหลักฐานและความร่วมมือที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนทศวรรษแห่งการสูงวัยที่มีสุขภาพดีตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020 ถึงปีค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2563 – 2573) และกรอบการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขระยะยาว (20 ปี) โดย Roadmap เป้าประสงค์ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0 ให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้สุขภาพภายในปี 2579 (Health Literacy Thai Society by 2036) โดยให้เกิด “Smart elderly citizen ผู้สูงอายุไทย หลักชัยของสังคม” โดยข้อเสนอเชิงนโยบายในเวทีการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ พ.ศ. 2533 และ 2556 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่นั้นจะจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาตนเอง การดูแล คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม เพื่อสร้างศักยภาพ ภูมิปัญญาให้เป็นที่ประจักษ์และยอมรับ เพื่อให้ภูมิปัญญาดำรงสืบทอดต่อไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561)

การสร้างการมีส่วนร่วมและการคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม ควรมีการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการวางแผนที่ชัดเจนให้ความสำคัญกับคุณภาพของชีวิตและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และปัญญา ภายใต้การสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย การสื่อสารกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยต้องเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ เช่น เรื่องสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุในชนบทให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งการสื่อสารด้วยภาษาถิ่นจะช่วยสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเอง การส่งเสริมกิจกรรมที่หลากหลาย จะกลายเป็นทางเลือกของผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนสนใจ โดยไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมทุกกิจกรรม อีกทั้งการมีพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมที่หลากหลาย จะเป็นสิ่งที่ช่วยดึงดูดให้ผู้สูงอายุได้มีการเปิดโลกทัศน์ โดยให้เปลี่ยนบรรยายภาคเรียนต่างพื้นที่ ซึ่ง

อาจจะเป็นการศึกษาคุณานอกชุมชนหรือภายในชุมชนจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้อย่างมีความสุขมากกว่าการเรียนในห้องเรียน

โดยมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุยุคชีวิตใหม่ นั้นมีการให้ความรู้และฝึกทักษะ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พูดคุยแลกเปลี่ยน การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ การฝึกการตัดสินใจ (Nikom Puttha and Ployprakay Chalardlon, 2022) ส่วนการศึกษาพัฒนาารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุ ได้จัดกิจกรรมจำลอง 6 องค์ประกอบโดยมีตัวอย่างที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ฝึกคิด วิเคราะห์ พูดคุยแลกเปลี่ยน และฝึกปฏิบัติ (Sopana Jirawongnusorn and Nuttawadee Chitmanasak, 2022) ดังนั้นจากจะจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงความให้มีกิจกรรมที่หลากหลาย มีการแลกเปลี่ยนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติและฝึกการตัดสินใจ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

5.2.1 การสนทนากลุ่ม(Focus group) เกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การสนทนากลุ่ม(Focus group) เกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวข้องกับการซื้อ การเลือก การใช้ การขาย การดูแลสุขภาพ การรักษาผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ แพทย์หรือเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่ทำงานหรือนักวิชาการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มที่ 3 ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ 4 ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทนชุมชน หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือ สมาคมผู้สูงอายุ หรือครูหรือเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรืออื่นๆ และบุคคลทั่วไปในชุมชน โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆคือ

1) ด้านรูปแบบกิจกรรม ทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าควรเป็นกิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เน้นการมีส่วนร่วม มีตัวอย่างกรณีศึกษา การฝึกปฏิบัติจริง เนื้อหาไม่ซับซ้อน เรียนรู้ด้วยตัวเองได้ และมีเอกสารทบทวนความรู้ ดังนั้นรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วย “หลัก 3 ต ต้อง ตรวจ ตัด” นั้น จึงมีกิจกรรมที่หลากหลายและครอบคลุมสอดคล้องกับความเห็นจากการสนทนากลุ่ม คือ มีการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากนักเรียนผู้สูงอายุ จากนั้นมีการบรรยายเนื้อหา “หลัก 3 ต ต้อง ตรวจ ตัด” ซึ่งเนื้อหาต้องง่ายกระชับ นำไปใช้ได้จริง และมีเอกสารให้กลับไปทบทวนหรือเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตัวเองได้ จากนั้นจะมี

ตัวอย่างกรณีศึกษาให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ และมีแบบฝึกหัดให้ทดลองทำจริง เพื่อเพิ่มทักษะ และเพิ่มความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่แก่นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ เนื่องจากนักเรียนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เสมอ การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย จะทำให้เรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ และไม่เบื่อหน่าย อีกทั้งยังสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง เมื่อนำไปทดลองกับกลุ่ม Try out ก่อนนำไปใช้จริง พบว่านักเรียนผู้สูงอายุมีความสนใจในเนื้อหาเป็นอย่างมาก เรียนจนครบทุกกิจกรรมในเวลาที่กำหนด แต่อาจจะต้องปรับเนื้อหา และปรับบทบรรยายให้ง่ายกระชับมากขึ้น ในช่วงที่ try out นั้นนักเรียนผู้สูงอายุมีความสุข แต่จะมีช่วงที่ขอให้อธิบายซ้ำ หรือสอบถามเพิ่มเติม ดังนั้นหากนำไปปรับไปทดลองใช้ในกลุ่มทดลอง ต้องมีการปรับเนื้อหาให้กระชับและชัดเจนยิ่งขึ้น จากการทดสอบหลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่ม tryout จำนวน 30 คน มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นว่าผลของโปรแกรม 3 ต “ต้อง ตรวจ ตัด” สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุได้

2) ด้านระยะเวลา ทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นว่าระยะเวลาที่จัดกิจกรรมไม่ควรเกิน 1 วัน และควรจัดในช่วงเวลาเช้า ตามตารางเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่ควรนัดเพิ่มนอกเหนือตารางเวลา กำหนดให้มีการพักรับประทานอาหารว่าง และพักเพื่อทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อความสนุกสนาน ควรแจ้งล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อม และแจ้งล่วงหน้าหากต้องเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งหลังจากปรึกษาครูและผู้รับผิดชอบโรงเรียนผู้สูงอายุพบว่า ตารางเรียนนั้นจะจัดสัปดาห์ละ 1 วัน และแต่ละหัวข้อสามารถจัดกิจกรรมได้ช่วงเช้า 9.00 – 12.00 น. และช่วงบ่าย 13.00-16.00 น. ซึ่งหากเป็นกิจกรรมให้ความรู้แนะนำให้เป็นช่วงเช้า เพราะจะลดความเหนื่อยล้า ง่วงนอนของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงเลือกเวลา 9.00 – 12.00 น. และมีเวลาพักช่วง 10.30-10.45 น. โดยประมาณ เวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม ในช่วงที่ try out มีการเริ่มล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนด เนื่องจากมีการลงทะเบียนและตรวจวัดความดันและตรวจ ATK ก่อน ดังนั้นหากจัดกิจกรรมจริงต้องนัดเวลาอย่างน้อย 8.30 น. เพื่อให้มีช่วงลงทะเบียนและตรวจวัดสุขภาพก่อนเริ่มกิจกรรม ส่วนพักรับประทานอาหารว่างนั้นเวลาประมาณ 10.45-11.00 น. ซึ่งสามารถปรับได้ตามเวลาที่เหมาะสม เสร็จสิ้นกิจกรรมช่วง 12.10 น. หากนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง ต้องกระชับมากขึ้น รักษาเวลา เพื่อให้มีเวลาพักรับประทานอาหารเที่ยงได้ตรงเวลา เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีโรคประจำตัวและต้องรับประทานยา ก่อนหรือหลังอาหาร หากพักเที่ยงไม่ตรงเวลา อาจส่งผลต่อการรับประทานยาและส่งผลต่อสุขภาพได้

3) ด้านสื่อที่ใช้ ทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นตรงกันว่า สื่อที่ใช้ต้องมีความหลากหลาย ทั้งคลิป สไลด์โปสเตอร์ คู่มือ และต้องมีตัวหนังสือขนาดใหญ่ มองเห็นชัดเจน มีภาพประกอบ เนื้อหาเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน สีสดใสสวยงาม ซึ่งสื่อที่นำไปทดลอง try out มีทั้งสไลด์ PowerPoint ที่มีตัวหนังสือชัดเจน มีภาพประกอบ มีคลิป มีโปสเตอร์ และมีคู่มือให้สามารถทบทวนได้ แต่หากนำไปทดลองกับกลุ่มทดลองตั้งปรับพื้นหลังเนื่องจากการฉายสไลด์ทำให้อ่านไม่ชัดเจน จึงเปลี่ยนพื้นหลังจากสีชมพูเป็นสีขาวเพื่อให้มองเห็นชัดเจนยิ่งขึ้น คู่มือต้องมีจำนวนเกินผู้ร่วมทำกิจกรรมเนื่องจาก มีการขอเพิ่ม บอกว่าจะนำไปฝากญาติพี่น้องให้อ่าน

ส่วนสื่อที่ผู้สูงอายุชอบมากที่สุดคือคู่มือ เนื่องจากมีเนื้อหาที่ละเอียดและสามารถนำกลับมาทบทวนความรู้ในภายหลังได้

4) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ทั้ง 4 กลุ่มมีความเห็นไปในทางเดียวกันคือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์สูงจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สุขภาพดี ลดภาระพึ่งพิงลูกหลาน และส่งผลดีต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม เมื่อนำไปทดสอบกับกลุ่ม try out พบว่ามีความเห็นเช่นเดียวกันคือผู้สูงอายุบอกว่ามีความรู้ความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ถูกต้องมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตน สามารถนำหลัก 3 ต ไปแนะนำคนในครอบครัวได้

5.3 ข้อมูลระยะที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Observe & Reflection)

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 180 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 45 คน โดยมีข้อมูลประชากรที่ใกล้เคียงกันทุกกลุ่ม เพื่อเป็นการลดอคติจากกลุ่มตัวอย่าง โดย กลุ่มที่ 1 เป็นที่ได้รับการทดสอบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมฯนี้สามารถทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุดีขึ้น ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ คะแนนก่อนหลังไม่แตกต่างกัน กลุ่มที่ 3 และ 4 ไม่มีการวัดผลก่อนให้โปรแกรม และเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 กลุ่ม ไม่แตกต่างจากการวัดครั้งแรก

เนื่องจากงานวิจัยนี้มีรูปแบบการให้ความรู้ และกิจกรรมกลุ่ม (Education or behavioral intervention) เพื่อป้องกันการเกิดความลำเอียงในการวัดผลครั้งแรก ในการวัดคะแนนความรู้และพฤติกรรมที่เรียกว่า Pretest effect (M. W. Braver & Braver, 1988) (S. Braver, 1990) (McCambridge et al., 2011) จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่วัดผลก่อนได้รับโปรแกรมฯ(O2+O5) และไม่ได้วัดผลก่อนรับโปรแกรมฯ (O7+O9) พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงว่าไม่มี “pretest effect” ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (O2+O7) มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม(O5+O9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงรวมการรายงานผลเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (O2+O7) และ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (O5+O9) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน และมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน

5.3.1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน การเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นอย่างมีส่วนร่วมจากหลายส่วน คือ 1) ผู้ที่มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวข้องกับการซื้อ การเลือก การใช้ การขาย การดูแลสุขภาพ การรักษาผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นการการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ แพทย์หรือเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่ทำงานหรือนักวิชาการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค 3) ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 4) ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทนชุมชน หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือ สมาคมผู้สูงอายุ หรือครูหรือเจ้าหน้าที่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรืออื่นๆ และบุคคลทั่วไปในชุมชน และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณสำรวจสภาพปัญหาและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงครอบคลุมบริบทปัญหาการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญต่อสภาพปัญหาปัจจุบัน มีการให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และศักยภาพ ให้ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มมีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงส่งผลให้หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการวิจัยต่างๆ ในประเทศไทยได้ทำการศึกษาไว้หลายการศึกษา คือ การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Nikom Puttha and Ployprakay Chalardlon, 2022) ส่วน การศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรอบรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Nithirat Boontanon & Sinart Kaenork and Nareerat Surapatthanachart, 2019) การศึกษาพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) (Sopana Jirawongnusorn and Nuttawadee Chitmanasak, 2022) ส่วนการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในปี 2022 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Thanyarat Phuchongchai & Natpapat Nualsithong and Kanjana Sukbua, 2022) การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันไตเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .05$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมพบว่า มีคะแนนสูงกว่าและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Thongthip Hongsamsipjed, Saifon Insrichuen, Wiyada Puakluang, Chokchai Panomkwan, & Ratchareeyaporn Rithisart, 2022)

การศึกษาในต่างประเทศก็ให้ผลการสอดคล้องกับงานวิจัยนี้คือ หลังให้ความรู้จะมีความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความผิดของหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับ ความรู้ มีสุขภาพกายที่ดีขึ้น (Uemura, Yamada, Kuzuya, & Okamoto, 2021) ส่วนการศึกษาผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า หลังให้ความรู้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ($p = .007$) ซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำไม่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้และได้รับประโยชน์เท่ากับผู้ที่มีความรอบรู้สูง (Eckman et al., 2012) ส่วนการพัฒนาโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในคนประเทศญี่ปุ่น พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังให้โปรแกรมมีคะแนนดีขึ้นกว่าก่อนให้โปรแกรม ($p < .001$) (Ishikawa et al., 2018)

จากการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศจะเห็นได้ว่า การให้โปรแกรมหรือการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ที่สูงขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากต้องการให้มีผู้สูงอายุสุขภาพที่ดีขึ้นต้องให้ความรู้ ถึงแม้ว่าวัยผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านความคิดความจำ แต่หากได้รับการสนับสนุนก็จะสามารถพัฒนาความรู้เพิ่มขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยลดภาระพึ่งพิงให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน และเกิดความภาคภูมิใจ แต่ควรมีการกระตุ้นหรือให้ความรู้บ่อยๆ หรือมีการทบทวนอยู่อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการลืมของผู้สูงอายุ

5.3.2 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการ เลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (และในกลุ่มที่มีการทดสอบก่อนได้รับโปรแกรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .622$) แสดงว่าไม่มีผลจาก pretest effect จึงทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ (O2+O7) และ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (O5+O9) พิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพฯรายด้านพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$)

การศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยต่างๆที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยการศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก ($OR = 3.71, 95\% CI = 1.59-.64$), การออกกำลังกาย ($OR = 15.26, 95\% CI = 1.92-121.13$), และการได้รับข้อมูลสุขภาพ ($OR = 2.61, 95\% CI = 1$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Lin, Chen, Yu, Lee, & Tsai, 2019) ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงรุกในการส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีในผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ในประเทศญี่ปุ่นพบว่า communicative health literacy ในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .025$ (Uemura, Yamada, & Okamoto, 2021) อีกการศึกษาได้มีการศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพผ่านการศึกษาลักษณะจริงพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจ ในประเทศอิหร่าน พบว่า หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Barkhordari-Sharifabad, Saberinejad, & Nasiriani, 2021) ซึ่งเป็นสิ่งที่เน้นย้ำว่ากลุ่มผู้สูงอายุหากได้รับโปรแกรมกระตุ้น หรือเสริมสร้างความรู้จะทำให้มีความรู้ พฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ เพื่อให้มีความรอบรู้และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

แต่ยังมีบางการศึกษาที่พบว่า ผลการทดลองเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน โดยมีการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียโดยการสุ่ม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการตัดสินใจด้วยตัวเองไม่แตกต่างกัน ($95\% CI -2.0, 9.6, p = .20$) (Smith et al., 2019) ซึ่งความรู้ทั้งสองกลุ่มจะแตกต่างกันหรือไม่นั้นอาจจะต้องพิจารณาปัจจัยกวนอื่นๆร่วมด้วย แต่การศึกษาของวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ในการเลือกใช้ยาและสุขภาพในผู้สูงอายุฉบับนี้ ได้กำจัดปัจจัยกวน การลอคอคติ (bias) โดยการทดลองแบบโซลomonสี่กลุ่ม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มนั้นไม่มีความแตกต่างกันในปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ จึงสามารถนำผลมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้อย่างชัดเจนและสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความสามารถในการตัดสินใจด้วยตัวเอง ลดภาระพึ่งพิงลูกหลาน สร้างความมั่นใจและการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน และการวัดผลหลังให้โปรแกรมผ่านไป 1 เดือน พบว่าความรอบรู้อยังไม่แตกต่างกันจากการวัดผลหลังได้รับโปรแกรมในรอบแรก ยังเป็นที่ยืนยันได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้นี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามควรมีการทบทวนหรือให้ความรู้ซ้ำเมื่อเวลาผ่านไป เนื่องจากข้อจำกัดด้านการรับรู้ และความจำในวัยนี้อาจจะมีอย่างจำกัด

5.3.3 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ (O2+O7) และ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (O5+O9) พิจารณาพฤติกรรมสุขภาพใน

การเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพรายข้อ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) (Winut Duangsanjun, Sirilak Suttharattanakun, & Praman Kiriram, 2022)

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยหลัก 3 ต “ต้อง ตรวจ ตัด” มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในด้านนี้ดีขึ้น มีทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และมีแนวโน้มที่จะสามารถตัดสินใจเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสม แต่ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และทบทวนอย่างสม่ำเสมอเพื่อความยั่งยืน ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ได้มีเอกสารงานแจกให้กลุ่มตัวอย่างไว้ด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาอ่าน ทบทวน หรือไปถ่ายทอดให้บุคคลอื่นได้ อีกทั้งยังมีคลิปสอนหลัก 3 ต และ โปสเตอร์ที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องติดไว้ที่บอร์ดของโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อให้นักเรียนรุ่นต่อไปได้ศึกษาเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง

5.3.4 ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวัดความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสอดคล้องของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการเลือกใช้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าความสอดคล้องอยู่ในระดับสูง ด้านคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ กิจกรรมมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน กิจกรรมมีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายโดยตรง และกิจกรรมสามารถแก้ปัญหา/ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือกิจกรรมมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่จัด เนื่องจากใช้เวลาจำกัดเพียง 3 ชั่วโมง เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจึงไม่ควรใช้เวลานาน และต้องอยู่ในที่โปร่งอากาศถ่ายเทสะดวก และตารางเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุสามารถให้เวลาได้เพียง 3 ชม.เท่านั้น กิจกรรมต่างๆจึงจัดให้ ชัดเจน และตรงประเด็น ข้อมูลจำเป็นต้องครบถ้วนเพื่อการให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปใช้อย่างแท้จริง โรงเรียนผู้สูงอายุมีการจัดตารางการเรียนการสอนเป็นระบบและจำกัดเพราะมีหัวข้อ/เนื้อหาการเรียนที่มากมาย ทำให้ต้องกระชับเวลาให้เหมาะสมกับตารางเรียน ซึ่งเวลา 3 ชม.นี้มาจากการวิเคราะห์ความคิดเห็นร่วมกันที่ตกผลึกของผู้ร่วมสร้างโปรแกรมในระยะที่ 2 และเมื่อนำมาเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความเห็นเพิ่มเติมว่า อยากให้เพิ่มระยะเวลาให้มากขึ้น เน้นการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น และควรจะมีการทบทวนเนื้อหา ซึ่งจะมีการพิจารณาแก้ไขปรับปรุงในโอกาสต่อไป แต่โปรแกรมนี้มีเนื้อหาให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำไปทบทวนได้ด้วยตนเอง มีช่องทางติดต่อกับผู้วิจัยหากเกิดข้อสงสัย และมีการติดโปสเตอร์ที่โรงเรียนผู้สูงอายุเกี่ยวกับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้นักเรียนผู้สูงอายุได้ทบทวนความรู้ได้เมื่อต้องการ

ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม เนื่องจากเห็นว่าอยากให้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งการจัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับความพึงพอใจในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยต่างๆ อาทิเช่น การศึกษาของ โสภณา จีรวงศ์นุสรณ์และณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ (2021) ได้พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.62, S.D. = .574) (Sopana Jirawongnusorn and Nuttawadee Chitmanasak, 2022) และการศึกษาของ Caroline A. Smith และคณะ (2019) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียโดยการสุ่ม มีความพึงพอใจโปรแกรมที่จัดขึ้นในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 80 (Smith et al., 2019)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยใช้หลัก 3 ต (ต้อง ตรวจ ตัด) มีประสิทธิภาพที่ดี ผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติหรือบอกต่อ เกี่ยวกับเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

5.4 ข้อจำกัดของการทำวิจัย

1. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ในช่วงมีการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ทีมวิจัยไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อความตามระยะเวลาที่กำหนดเนื่องจาก มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของภาครัฐทำให้นักวิจัยไม่สามารถลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้ มีการแก้ไข 4 วิธีการคือ โทรสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ ส่งแบบสอบถามให้ทางจดหมาย และเพิ่มทีมนักวิจัยในพื้นที่ช่วยเก็บข้อมูล หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คลี่คลายลง นักวิจัยจึงสามารถกลับไปเก็บข้อมูลได้ตามปกติ

2. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 2 ในช่วงมีการระบาดของโรคโควิด 19 มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการประชุมให้เหมาะสม เช่นการประชุมออนไลน์ การสัมภาษณ์ออนไลน์เป็นต้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคหรือหากมีความจำเป็นต้องประชุมกลุ่มหรือลงพื้นที่จะต้องตรวจคัดกรองโรคด้วย ATK ทุกครั้งเพื่อความปลอดภัย

3. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 3 อยู่ในช่วงของการระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ส่งผลให้การประสานงานในการลงพื้นที่และการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต้องมีมาตรการป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้ออย่างเข้มงวด ทีมผู้วิจัย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 อย่างน้อย 3 เข็ม และต้องมีการตรวจคัดกรองด้วยวิธี ATK ก่อนทุกครั้งเมื่อร่วมกิจกรรม กิจกรรมที่จัดต้องกระชับรัดกุม รักษาระยะห่าง ใช้เวลาให้เหมาะสม และเนื่องจากตารางเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุสามารถให้เวลาได้เพียง 3 ชม.เท่านั้น กิจกรรมต่างๆจึงจัดให้ ชัดเจน และตรงประเด็น ข้อมูลจำเป็นต้องครบถ้วนเพื่อ

การให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปใช้อย่างแท้จริง ซึ่งหากใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติ ทดลองจริงในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้นน่าจะยิ่งส่งผลดีต่อผู้สูงอายุ

4. โปรแกรมนี้เหมาะสำหรับการให้ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ หากนำไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น หรือประชาชนกลุ่มอื่น จะต้องมีการปรับให้เหมาะสมตามบริบท

5.5 ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. นำสื่อที่ใช้โปรแกรม 3 ต. “ต้อง ตรวจ ตัด” ได้แก่ คลิป โปสเตอร์ และคู่มือการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไปเผยแพร่ในช่องทางออนไลน์เช่น เฟสบุ๊ก ยูทูป และไลน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น
2. นำโปรแกรม 3 ต. “ต้อง ตรวจ ตัด” ไปบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้นักเรียนผู้สูงอายุเหล่านั้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น
3. พัฒนาโปรแกรม 3 ต. “ต้อง ตรวจ ตัด” ให้เหมาะสมกับกลุ่มอื่นๆ เช่น วัยกลางคนที่มีสุขภาพดี ผู้ที่มีโรคประจำตัว เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง
4. การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในด้านความจำ และการเรียนรู้ ต้องให้ผู้สูงอายุสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง หรือจัดให้มีการทบทวนความรู้ความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ
5. ระดับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสายตา การเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต และทักษะการใช้สมาร์ทโฟน ดังนั้นควรมีการเพิ่มทักษะในการการสืบค้นข้อมูล และมีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และไม่ซับซ้อน

5.6 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอื่นๆ อาทิ วิธีการบริหารยาให้ถูกต้อง วิธีการเก็บรักษา ยา การดูแลสุขภาพต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมบริบทของการส่งสุขภาพ
2. ควรมีการติดตามประเมินผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระยะยาว เพื่อที่จะสามารถปรับปรุงและพัฒนาแบบที่มีความเหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- A, W. (2021). Digital Literacy of Elderly. *Interdisciplinary studies journal*(21(1):), 1-17.
- Barkhordari-Sharifabad, M., Saberinejad, K., & Nasiriani, K. J. J. o. H. L. (2021). The effect of health literacy promotion through virtual education on the self-care behaviors in patients with heart failure: A Clinical Trial. *6*(1), 51-60.
- Benjamas Suramitmaitri. (2013). Health literacy studies and the situation of health literacy enhancement of Thai people in order to support the entry into the ASEAN community.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, *155*(2), 97-107.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ Glob Health*, *344*, e1602.
- Braver, M. W., & Braver, S. L. (1988). Statistical treatment of the Solomon four-group design: A meta-analytic approach. *Psychological bulletin*, *104*(1), 150-154. doi:10.1037/0033-2909.104.1.150
- Braver, S. (1990). Meta-Analysis for Solomon Four-Group Designs Reconsidered: A Reply to Sawilowsky and Markman. *Perceptual and Motor Skills - PERCEPT MOT SKILLS*, *71*. doi:10.2466/PMS.71.4.321-322
- Chen, J. Z., Hsu, H. C., Tung, H. J., & Pan, L. Y. (2013). Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. *Geriatrics gerontology international*, *13*(1), 70-76.
- chow, S. C., Shao, J., & Wang, H. . (2008). *sample size calculations in clinical research* (Vol. 2). New York: Marcel Dekker.
- Cronbach, L. J., & Furby, L. (1970). How we should measure" change": Or should we? *Psychological bulletin*, *74*(1), 68.
- Department of older Persons. (2520). Statistics of the elderly in Thailand 77 as of December 31, 2019. Retrieved from <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>
- Division of Health Education, M. o. P. H. (2018). *Enhancing and evaluating health literacy and health behaviors*. Bangkok.

- Eckman, M. H., Wise, R., Leonard, A. C., Dixon, E., Burrows, C., Khan, F., & Warm, E. (2012). Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases. *Patient Educ Couns*, 87(2), 143-151. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.020>
- Federman, A. D., Sano, M., Wolf, M. S., Siu, A. L., & Halm, E. A. (2009). Health literacy and cognitive performance in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1475-1480.
- Fields, B., Lee, A., Piette, J. D., Trivedi, R., Mor, M. K., Obrosky, D. S., . . . Rosland, A.-M. (2021). Relationship between adult and family supporter health literacy levels and supporter roles in diabetes management. *Families, Systems & Health*39(2), 224.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (2021). *Situation of the Thai elderly in 2020*. Nakhon Pathom: Population Research Institute and society, Mahidol University.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, 31(5), 874-879.
- Ishikawa, H., Yamaguchi, I., Nutbeam, D., Kato, M., Okuhara, T., Okada, M., & Kiuchi, T. J. H. e. (2018). Improving health literacy in a Japanese community population—a pilot study to develop an educational programme. 21(4), 814-821.
- Jafari, Y., Tehrani, H., Esmaily, H., Shariati, M., & Vahedian-shahroodi, M. (2020a). Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(4), 956-963.
- Jafari, Y., Tehrani, H., Esmaily, H., Shariati, M., & Vahedian-shahroodi, M. (2020b). Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. *J Scandinavian journal of caring sciences*, 34(4), 956-963.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2013). *The action research planner: Doing critical participatory action research*: Springer Science & Business Media.
- Kim, S. H., & Yu, X. (2010). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adults: A short report. *Aging Mental Health*, 14(7), 870-873.

- Kitpapon Srithanee. (2017). Relationship between Health Literacy and Quality of the Elderly's Life at the Central Part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 26-36.
- Kittiporn Nawsuwan, Prapaipis Singhasem, & Naksrisang, W. (2017). Essential Competencies of Registered Nurses for the Care of the Elderly in an Aging Society. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 27(1), 1-11.
- Lee, H. Y., Jin, S. W., Henning-Smith, C., Lee, J., & Lee, J. (2021). Role of health literacy in health-related information-seeking behavior online: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e14088.
- Li, C. Y., Lee, O., Shin, G. S., & Li, X. W. (2009). Health literacy and health status of Korean-Chinese elderly people living in Yanbian, China. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(3), 386-392.
- Lin, S.-C., Chen, I. J., Yu, W.-R., Lee, S.-Y. D., & Tsai, T.-I. (2019). Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*, 40(5), 494-501. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.03.013>
- Liu Yong-Bing, Hou Ping, Xue Hui-Ping, Mao Xin-E, & Li Yong-Nan. (2019). Social support, health literacy, and health care utilization among older adults. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(4), 359-366.
- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., & Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: the potential for a new digital divide. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e264.
- McCambridge, J., Butor-Bhavsar, K., Witton, J., & Elbourne, D. (2011). Can research assessments themselves cause bias in behaviour change trials? A systematic review of evidence from solomon 4-group studies. *PLoS One*, 6(10), e25223. doi:10.1371/journal.pone.0025223
- Ministry of Social Development and Human Security. (2003). The Elderly Act 2003. Retrieved from http://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf
- Natcha Ruangkiatkul. (2022). Factors Associated with Health Literacy among Thai older adults. *Journal of The Department of Medical Services*, 47(1), 80-86.
- Natcha Ruangkiatkul (2022). Factors Associated with Health Literacy among Thai Older Adults. *Journal of The Department of Medical Services*, 47(1), 80-86.

- Nikom Puttha and Ployprakay Chalardlon. (2022). THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY ACTIVITIES OF SELF- CARE FOR ELDERLY IN THE NEW NORMAL BAN LUEAK SUBDISTRICT, PHOTHARAM DISTRICT, RATCHABURI PROVINCE. *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(3), 46-64.
- Nilnate W. (2014). Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok. *Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University*.
- Nithirat Boontanon, & Sinart Kaenork and Nareerat Surapatthanachart. (2019). The Effectiveness of Nutritional Literacy Promotion for Elderly in Outpatient Unit, Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima. *The Journal for Health Promotion and Environmental Health*, 13(30), 001-014.
- 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.
- Panagioti, M., Skevington, S. M., Hann, M., Howells, K., Blakemore, A., Reeves, D., & Bower, P. (2018). Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. *Quality of Life Research*, 27, 1257-1268.
- Parker, R., Baker, D., Williams, M., & Nurss, J. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537-541.
- Prachatip Kata. (2018). *Why do elderly people like Post and Chat on mobile phone applications?* Retrieved from
- Pramote Thangkratok, Prissana Boonpradit, & Natchaya Palacheewa. (2022). Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseases in community. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 215-230.
- Sangduan Ginggeaw, N. P. (2016). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-morbidity. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54.
- Smith, C. A., Chang, E., Gallego, G., Khan, A., Armour, M., & Balneaves, L. G. (2019). An education intervention to improve decision making and health literacy among older Australians: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 19(1), 129.
doi:10.1186/s12877-019-1143-x

- Song, K., Panuthai, S., & Nanasilp, P. (2022). Health Literacy and Health Promoting Behaviors Among Muslim Older Adults. *Nursing Journal*, 49(3), 83-94.
- Sopana Jirawongnusorn and Nuttawadee Chitmanasak. (2022). Development of aHealth Literacy Model to Enhance Health Behaviours According the “3A” Principle of the Elderly. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(4), 233-249.
- Suthamchai, B., Keskpichayawattana, J., & Kaeowichian, N. (2015). A Synthesis of Integrated Care Service Model for Thai Elderly. *Journal of Health Science*, 1017-1029.
- Thanchanok Khumthong, W. P., Kwanmuang Kaedumkoeng. (2016). Factors Influencing Health Literacy for people at risk of Diabete Mellitus and Hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-journal Science Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85.
- Thanyarat Phuchongchai, & Natpapat Nualsithong and Kanjana Sukbua. (2022). THE EFFECT OF HEALTH LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM AMONG THE ELDERLY IN NAPHAI SUB – DISTRICT, MUENG CHAIYAPHUM DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE *Journal of MCU Ubon Review*, 7(2), 1669-1676.
- Thomas A, & et al. (2020). Older adult internet use and eHealth literacy. *Journal of Applied Gerontology*, 39(2), 141-150.
- Thongthip Hongsamsipjed, Saifon Insrichuen, Wiyada Puakluang, Chokchai Panomkwan, & Ratchareeyaporn Rithisart. (2022). The Effect of Health Literacy Enhancement Program on Preventive Renal Failiur in Older persons of Risk Groups. *Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus*, 9(3), 208-218.
- Trainattawan W, Wirojratana V, & Watanakukrilert D. (2019). Factors influencing health literacy among older adults. *Journal of Health Science Research*(13(2)), 41-51.
- Trainattawan, W., Wirojratana, V., & Watanakukrilert, D. (2019). Factors influencing health literacy among older adults. *J Hlth Sci Res*, 13(2), 41-51.
- Uemura, K., Yamada, M., Kuzuya, M., & Okamoto, H. (2021). Effects of Active Learning Education on Arterial Stiffness of Older Adults with Low Health Literacy: A Randomized Controlled Trial. *J Atheroscler Thromb*, 28(8), 865-872.
doi:10.5551/jat.58354
- Uemura, K., Yamada, M., & Okamoto, H. (2021). The Effectiveness of an Active Learning Program in Promoting a Healthy Lifestyle among Older Adults with Low Health Literacy: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology*, 67(1), 25-35.
doi:10.1159/000511357

- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva.
- WHO. (2012). *The Pursuit of Responsible Use of Medicines Sharing and Learning from Country Experiences*.
- WHO. (2015). sustainable development goals 2030. Retrieved from <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- WHO. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva.
- Winut Duangsanjun, Sirilak Suttharattanakun, & Praman Kiriram. (2022). Effects of a health literacy enhancement program on health promoting behaviors and hemoglobin A1C level among elderly with Type 2 Diabetes. *Thai Journal of Nursing*, 71(2), 28-37.
- Zhong, B. (2009). How to calculate sample size in randomized controlled trial? *J Thorac Dis*, 1(1), 51-54.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2552). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. Retrieved from http://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2557). จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยในภาพรวม. Retrieved from <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/45>
- กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ Retrieved from http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801145933.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). Retrieved from <http://203.157.171.117/web/file/menu01/%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%2020%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5.pdf>
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ.
- ขวัญเมือง แก้วดำ, & นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- ณรงค์ ปัดแก้ว. (2020). รูปแบบและกระบวนการจัดการ โรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง. *วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง*, 9(1), 43-58.
- ดลฤดี ศรีมันตะ. (2019). การแสวงหาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุในตำบลแก้วอำเภอบางพลีจังหวัดสมุทรปราการ. *Communication Arts Journal*, 12(2), 177-218.

- บุญใจ ศรีสถิตนากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประนอม โอทกานนท์, รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์, วารี กังใจ, & สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2014). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเรื่องทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย. *Thai Science Technology Journal*, 716-730.
- ปิติพร สิริพิทพากร, & วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2019). ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ *Journal of Nursing Health Care*, 37(4), 186-195.
- มูลนิธิเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค. (2562). สถานการณ์ผู้บริโภคปี พ.ศ. 2562 ไตรมาสที่ 2. Retrieved from <https://consumerthai.org/news-consumerthai/ffc-news/4368-620108consumerstaticquarter2-2019.html>
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. Retrieved from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/A/025/1.PDF>
- วัชรภรณ์ กุลวงศ์, สังคม ศุภรัตน์กุล, & พัชรภรณ์ ไชยศรี. (2018). ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(2), 99-107.
- ศุภชัย แพงคำไหล. (2562). การพัฒนาแนวทางแก้ปัญหาการใช้สเตียรอยด์โดยชุมชนมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลบ้านกู่อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 441-454.
- สมบูรณ์ ศิริสรหรือ. (2016). แนวทางการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารการบริหารปกครอง*, 5(2), 59-74.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ, จำนวนและสัดส่วนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มอายุ (วัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ) เพศ ภาค และจังหวัดพ.ศ. 2553 – 2562. Retrieved from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- อรุณทัย ปาทาน. (2020). ประสิทธิภาพ ของ โปรแกรม สร้าง เสริม ความ รอบรู้ ด้าน การ ดูแล สุขภาพ จิต ผู้สูงอายุ ของ อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน เทศบาล เมือง ปทุมธานี. *Journal of Behavioral Science for Development*, 12(2), Press-Press.
- เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสสรดา หนุ่มคำ, & ณิชมน รักกะเปา. (2020). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน. *Thai Science Technology Journal*, 182-196.
- เอมอร ส่วยสม. (2020). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *Chaiyaphum medical journal*, 40, 6-13.

ภาคผนวก

โพสต์ขอบคุณมูลนิธิอาจารย์เกษม ปังศรีวงศ์ ในเฟสบุ๊ก โดยเปิดเป็นสาธารณะ ให้ผู้คนได้รับทราบการได้รับทุนนี้

Tharinee Srisaknok รู้สึกขอบคุณ
1 นาที · 🌐

งานวิจัยนี้สำเร็จล่วงด้วยดีโดยได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิอาจารย์เกษม ปังศรีวงศ์ ในวันที่ 15 พ.ย. 2565 ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Development of the Health Literacy Enhancing Program for the Elderly in Terms of Medications and Health Products Usage in the Northeastern Elderly Schools.... [ดูเพิ่มเติม](#)

มูลนิธิเกษม ปังศรีวงศ์
อาคารวิทย 02-012-65
มีเป้าหมายการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของครูผู้สูงอายุ ในการยกระดับศักยภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 50,000 บาท

ดร.ธรรณี สิริศักดิ์เกษม
อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

MUST CHECK DECIDE

การเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ โดยใช้ หลัก 3 ต. "ต้อง ตรวจ ตัด"

ก่อนเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ต้อง (MUST)	ตรวจ (CHECK)
ต้องเปิดตา	ตรวจวิสัยทัศน์
ต้องเปิดใจรับฟัง	ตรวจความแข็งแรงสุขภาพ
ต้องฟังให้ดี	ตรวจสถานะเป็น / ไข้ / เจ็บ
ต้องเช็กร่างกายไม่ให้เกิดความเสี่ยง	ตรวจสอบความเข้ากันได้
ต้องถึงระดับยา	
ต้องวิธีบนอายุ	
ต้องปรึกษาเภสัชกร	

DECIDE

โปสเตอร์ที่ใช้ในการให้ความรู้

MUST

CHECK

DECIDE



การเลือกชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้สูงอายุ โดยใช้ หลัก 3 ต. “ต้อง ตรวจ ตัด”

ก่อนเลือกชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ต้อง (MUST)

- ต้องมีชื่อยา
- ต้องมีส่วนประกอบ
- ต้องมีวิธีใช้
- ต้องมีข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง
- ต้องมีเลขทะเบียนยา
- ต้องมีวันหมดอายุ
- ต้องมีสถานที่ผลิต

ตรวจ (CHECK)

- ตรวจวันหมดอายุ
- ตรวจความเสื่อมสภาพ
- ตรวจเลขทะเบียน / เลขอย.
- ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ตัด (DECIDE)

- ตัดสินใจเลือกใช้
- ตัดสินใจหาข้อมูล/สอบถามเพิ่มเติม
- ตัดสินใจบอกต่อ
- ตัดสินใจร้องเรียน



จัดทำโดย กญ.ธารินี ศรีศักดิ์นอก
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



โครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ

โดย ญญ.ธารินี ศรีศักดิ์นอก

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คู่มือการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุ



โดย ญ.ธารินี ศรีศักดิ์นอก

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



รายละเอียดเกี่ยวกับการนำงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้อันก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเด่นชัด ดังนี้

2 ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย และงานสร้างสรรค์

(โปรดระบุประเภทโดยใส่ เครื่องหมาย ✓)

การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ

การนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการเลือกใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไปใช้สอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้สุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาว

การใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ

ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สูงขึ้น ส่งผลต่อระบบสุขภาพโดยรวม ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ลดภาวะพึ่งพิง

การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย หรือระดับประเทศ

การนำผลข้อมูลวิจัยไปประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย สร้างมาตรการป้องกัน ฝ้าระวัง การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งในโรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้สูงอายุที่บ้าน หรือในชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ





ประวัติย่อผู้วิจัย

1. อ.ดร.ภญ. ชารินี ศรีศักดิ์นอก

การศึกษา : ปร.ด.(วิทยาศาสตร์สุขภาพ) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. ผศ.ดร.ภญ.ชนัดดา พลอยล้อมแสง

การศึกษา : ปร.ด. (บริหารเภสัชกิจ) มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงาน : คณบดี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3. ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช

การศึกษา : ปร.ด. (การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สถานที่ทำงาน : ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

งบประมาณ

ค่าใช้จ่าย	งบประมาณ
การเก็บข้อมูลระยะที่ 3	
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงเดินทางเก็บข้อมูลจังหวัดขอนแก่น 107 กิโลเมตร xไป-กลับx4 ครั้ง x 4 บาท	3,424
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงเดินทางเก็บข้อมูลจังหวัดนครราชสีมา 170 กิโลเมตร xไป-กลับx2 ครั้ง x 4 บาท	4,760
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงเดินทางเก็บข้อมูลจังหวัดสกลนคร 224 กิโลเมตร xไป-กลับx4ครั้ง x 4 บาท	7,168
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงเดินทางเก็บข้อมูลจังหวัดศรีสะเกษ 324กิโลเมตร xไป-กลับx2 ครั้ง x 4 บาท	5,184
- ค่าอาหารเบรก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรม 90 คน x50บาท 1 ครั้ง	4,500
- อาหารเบรก กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่โปรแกรม 90 คน x 50บาท1 ครั้ง	4,500
- ค่าจัดทำคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ 200 ชุด x 50 บาท	10,000
- ค่าจัดทำคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเลือกใช้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 200 ชุด X 50 บาท	10,000
- ค่าจัดทำโปสเตอร์การสร้างเสริมสุขภาพในการเลือกใช้อยา 20 แผ่น แผ่นละ 100 บาท	2,000
รวมทั้งสิ้น	51,536

หมายเหตุ การวิจัยนี้เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ระยะ โดยนำทุนที่ได้รับจากมูลนิธิอาจารย์เกษม ปิ่งศรีวงศ์ จำนวน 50,000 บาท นำมาใช้ในการเก็บข้อมูลระยะที่ 3 เท่านั้น