

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง

สุดารัตน์ เกียรติพัฒนกุล
โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสองตัวแปรดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 ดำเนินการเป็นเวลา 8 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired sample t-test และ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล และการประเมินข้อมูลสุขภาพ ส่วนองค์ประกอบด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ขณะที่การบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แม้มีคะแนนเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีแนวโน้มช่วยพัฒนาทั้งความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

วันรับ: 6 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 16 ก.ค. 2569

วันตอบรับ: 27 ก.ค. 2569

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ⁽¹⁾ รายงานว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีจำนวนกว่า 1.1 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น

2.1 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรโลกทั้งหมด โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีอัตราการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในโลก สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคน หรือประมาณ

ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2573⁽²⁾ สถานการณ์ดังกล่าวนำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งโรคติดต่อ เช่น โรคทางเดินหายใจและโรคโควิด 19 ตลอดจนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะสมองเสื่อม รวมถึงภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นนโยบายสำคัญของประเทศที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

แนวทางหนึ่งที่ได้รับการสนใจอย่างแพร่หลายในการส่งเสริมสุขภาพคือ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมกับตนเอง โดย Nutbeam ได้จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) functional health literacy ความสามารถพื้นฐานในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (2) interactive health literacy ความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูล พูดคุย และปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ และ (3) critical health literacy ความสามารถในการวิเคราะห์ วิพากษ์ และใช้ข้อมูลอย่างมีเหตุผลเพื่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ⁽³⁾ ต่อมา Nutbeam ได้มีการขยายแนวคิดดังกล่าวโดยเสนอองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในบริบทของสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (cognitive skill) (2) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (access to health information) (3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (communication skill) (4) การตัดสินใจ (decision Skill) (5) การจัดการตนเอง (self-management skill) และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill)⁽⁴⁾ แนวคิดดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างรอบด้าน และลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยยังคงชี้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้ขาดทักษะสำคัญในการตัดสินใจดูแลตนเอง

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ข้อมูลรวมที่ระบุว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยเฉพาะในประชากรสูงวัย ขณะที่ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก⁽⁶⁾ ปัจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้จึงตอกย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเสริมสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ และต้องออกแบบให้สอดคล้องกับศักยภาพ ข้อจำกัด รวมทั้งบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อพิจารณาบริบทของพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น จังหวัดนครปฐม พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,271 คน 4,475 คน และ 4,658 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 25.16, 26.45 และ 27.49 ของประชากรในพื้นที่⁽⁷⁾ จากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์สุขภาพเบื้องต้นในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจากสื่อสังคมออนไลน์ การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการคัดกรองและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เคยชิน จากแนวโน้มดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำรงชีวิต การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูล แต่ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจ ความสามารถในการตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม นำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงและการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยและยั่งยืน ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพแก่ผู้อื่นในชุมชนได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมห่วงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป โดยงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และ (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมห่วงการ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้กรอบแนวคิดอิงตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁴⁾ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการส่งเสริมสุขภาพและการประเมินผลในระดับชุมชนผู้วิจัยจึงได้บูรณาการทักษะทั้ง 6 ด้านของ Nutbeam⁽⁴⁾ โดยประยุกต์ใช้แนวทางของกองทุนสุขภาพชุมชนสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในรูปกระบวนการตัดสินใจทางสุขภาพ 4 ขั้นตอนหลัก⁽⁸⁾ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล (ผสมผสานการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ) และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ (ผสมผสานการสื่อสารและการจัดการตนเอง) เพื่อให้สอดคล้องกับขีดความสามารถและการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดจึงประกอบด้วยสองด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบดังกล่าว และด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันโรคติดเชื้อ-โควิด 19 ซึ่งนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้และสร้างเครื่องมือประเมินผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าง จำนวน 30 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen⁽⁷⁾ ความน่าจะเป็นความผิดพลาดในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.87 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน จึงเก็บกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า มีดังนี้ (1) ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (2) สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living; ADL)⁽¹⁰⁾ มีระดับตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และ (3) ไม่มีโรคหรืออาการใดที่เป็นข้อห้ามทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว (4) สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษานี้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดการศึกษา และ (2) มีการเจ็บป่วยแบบกะทันหันระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังของประชาชนวัยสูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกองทุนสุขภาพ⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดของ Nutbeam⁽⁴⁾ 6 องค์ประกอบ ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน กิจกรรมที่ 2 เข้าใจสุขภาพองค์รวม: กินดี อยู่ดี ป้องกันโรค กิจกรรมที่ 3 งามเป็น ใช้เป็น ตัดสินใจได้ ดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 4 กายแข็งแรง ใจแข็งแรง ป้องกันการบาดเจ็บ และกิจกรรมที่ 5 การนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม-สุขภาพของผู้สูงอายุ ปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 44 ข้อ เป็นการประเมินผลโดยวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาททางสังคม

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ข้อคำถามประเมินจากการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ (1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้กรอบ 4 องค์ประกอบตามแบบประเมินของกองสุขศึกษา⁽⁸⁾ ที่พัฒนาต่อมาจากทฤษฎี 6 องค์ประกอบของ Nutbeam⁽⁴⁾ โดยจัดกลุ่มทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจให้อยู่ในมิติการประเมินข้อมูล และจัดกลุ่มทักษะการจัดการตนเองและการสื่อสารให้อยู่ในมิติการประยุกต์ใช้ ทำให้การวัดและประเมินผลมีความกระชับเป็นรูปธรรม และสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน โดยทุกด้านของคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนน (น้อยกว่า 48 คะแนน) คือ ระดับไม่ดี, ร้อยละ 60-69 ของคะแนน (48-55 คะแนน) คือ ระดับพอใช้, ร้อยละ 70-79 ของคะแนน (56-63 คะแนน) คือ ระดับดี และมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนน (64-80 คะแนน) คือ ระดับดีมาก

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ข้อคำถามประเมินจากเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ (1) การบริโภคอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การจัดการความเครียด (4) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (5) การดูแลสุขภาพ-

ช่องปาก (6) พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม (7) พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 สำหรับด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประเมินจากความรู้ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 6-7 วัน 4-5 วัน 3 วัน 1-2 วัน และไม่ปฏิบัติ ส่วนด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปากการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ใช้ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนน (น้อยกว่า 72 คะแนน) คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 60-69 ของคะแนน (72-83 คะแนน) คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 70-79 ของคะแนน (84-95 คะแนน) คือ ระดับดี และมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนน (96-120 คะแนน) คือ ระดับดีมาก

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การสร้างเครื่องมือ เพื่อเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหลังจากนั้น ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) ได้เท่ากับ 1.00

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 0.95 และ 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 20/2568 (วันที่ให้การรับรอง 23 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2570)

การดำเนินการ

1. การขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ก่อนเริ่มการดำเนินการศึกษา เพื่อให้มั่นใจว่าการศึกษานี้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์

2. จัดการประชุมชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมรับฟังได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ให้ผู้เข้าร่วมรับฟังได้มีโอกาสในการซักถามเพื่อพิจารณาก่อนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครงานวิจัย คัดเลือกผู้ที่เหมาะสมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เมื่อผู้เข้าร่วมตัดสินใจได้แล้วจะได้รับใบยินยอมเพื่อลงชื่อ

3. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนวิธีการนำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ต่อด้วยดำเนินการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1: เข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน (2 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะด้านความรู้ของผู้สูงอายุในมิติการ “เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ” อย่างมีวิจารณญาณ โดยเริ่มต้นจากการบรรยายให้ความรู้เรื่องแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือและปลอดภัย เช่น เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมถึงแหล่งข้อมูลในสื่อสังคมออนไลน์ที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น LINE Official, Facebook และ YouTube ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานด้านสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งมักนำเสนอเนื้อหาที่อ้างอิงจากหลักวิชาการและข้อมูลที่ทันสมัย

กิจกรรมที่ 2: เข้าใจสุขภาพองค์รวม - กินดี อยู่ดี ป้องกันโรค (2 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้มุ่งส่งเสริมความเข้าใจด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีการบรรยายให้ความรู้ควบคู่กับกิจกรรมเชิงปฏิบัติ ได้แก่ การอ่านฉลากโภชนาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการออกกำลังกายสมอง (brain gym) เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง รวมถึงแนะนำแนวทางป้องกันโรคติดเชื้อ เช่น การสวมหน้ากาก การล้างมือ และการ

รับวัคซีน ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3: ถามเป็น ใช้เป็น ตัดสินใจได้ ดูแลสุขภาพตนเอง (2 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้เน้นเสริมสร้างทักษะด้านการตั้งคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กิจกรรมสวมบทบาท (role play) ฝึกการสนทนากับบุคลากรสุขภาพ การอ่านฉลากยา รวมถึงการใช้เทคนิค SMART decision-making ในการวางแผนสุขภาพรายบุคคล ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้ฝึกคิด วิเคราะห์ และจัดทำ “แผนสุขภาพฉบับฉันเอง” ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน

กิจกรรมที่ 4: กายแข็งแรง ใจแข็งแรง ป้องกันการบาดเจ็บ กิจกรรมนี้ออกแบบเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การป้องกันการล้ม และการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีการฝึกทำออกกำลังกายเบื้องต้น และกิจกรรมฝึกสมาธิแบบผ่อนคลาย (breathing/mindfulness) นอกจากนี้ยังมีการจัดทำ “แผนออกกำลังกายส่วนตัว” เพื่อใช้ต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งคาดหวังให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้จริงและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ

กิจกรรมที่ 5: นำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน (2 ชั่วโมง) กิจกรรมสุดท้ายเป็นการสรุปองค์ความรู้ทั้งหมดที่ได้รับจากกิจกรรมที่ผ่านมา ผ่านกระบวนการถอดบทเรียนแบบกลุ่ม (group sharing) การเขียน commitment card เพื่อสะท้อนเป้าหมายด้านสุขภาพของแต่ละคน และกิจกรรมเล่าเรื่องเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้อื่นโดยมีกิจกรรมจำลองสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดการฝึกใช้จริง คาดหวังให้ผู้สูงอายุสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และส่งต่อความรู้สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

4. นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเมินหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลห่างจากสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 8 สัปดาห์ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

5. ระยะเวลาและสถานที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น จังหวัดนครปฐม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ส่วนคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ-พรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ สำหรับคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ มีการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่า $p=0.106$ และ $p=0.200$ ตามลำดับ จึงถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้ paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนรวมก่อน-หลัง ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลัง มีค่า $p=0.008$ และ $p=0.200$ ตามลำดับ แสดงว่าข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนนรวมก่อน-หลัง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 46.67) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) สถานะทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นประชาชน (ร้อยละ 83.33) ดังตารางที่ 1

2. ระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 36.67) โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 46.67 และ 33.33 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	16.67
หญิง	25	83.33
อายุ (ปี)		
60-69	14	46.67
70-79	12	40.00
80 ขึ้นไป	4	13.33
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	13.33
ประถมศึกษา	21	70.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	10.00
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.33

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานะทางสังคม		
อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	4	13.33
ผู้นำชุมชน	1	3.33
ประชาชน	25	83.33

ขณะที่ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 33.33 และ 63.33 ตามลำดับ)

- ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมพัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 40.00) และเมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรับระดับขึ้นมาอยู่ในระดับดีมากครบทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 43.33) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 36.67) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 53.33) และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 76.67)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 53.33) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีสูงถึงร้อยละ 53.33 ขณะที่พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.67) และพฤติกรรมด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การบริโภคอาหาร (ร้อยละ 30.00) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 56.67) การดูแลสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 40.00) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 46.67) และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 (ร้อยละ 30.00)

- ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.67 โดยพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เด่นชัดในพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปรับระดับจากไม่ดีขึ้นมาอยู่ในระดับดีมากได้ถึงร้อยละ 33.33 เช่นเดียวกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดและการ

ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 60.00 และ 73.33 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่ยังคงรักษาระดับการปฏิบัติตนอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก ได้แก่ การบริโภคอาหาร (ระดับดี ร้อยละ 33.33) การดูแลสุขภาพช่องปาก (ระดับดี ร้อยละ 53.33) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ระดับดีมาก ร้อยละ 30.00) และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 (ระดับดี ร้อยละ 33.33)

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แม้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
- องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	11.97	3.926	พอใช้	14.73	2.243	ดี	-4.732	0.000
- องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	12.67	4.080	พอใช้	14.63	2.930	ดี	-3.141	0.004
- องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.07	3.921	พอใช้	15.40	2.500	ดี	-2.876	0.007
- องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.73	3.877	ดี	15.87	2.315	ดี	-1.894	0.068
สรุปคะแนนภาพรวม	52.43	12.915	ไม่ดี	60.63	7.801	ดี	-3.977	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	20.33	5.352	พอใช้	21.40	3.682	ดี	-1.342	0.180
- พฤติกรรมออกกำลังกาย	5.30	2.480	ไม่ดี	6.57	1.851	พอใช้	-3.621	0.000
- การจัดการความเครียด	6.60	2.127	พอใช้	7.77	1.331	ดี	-3.100	0.002
- พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม	14.70	4.403	ดี	16.07	2.947	ดีมาก	-2.675	0.007
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	10.93	3.028	ดี	11.77	2.128	ดี	-2.207	0.027
- พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม	11.27	2.791	ดี	11.90	1.647	ดี	-1.826	0.068
- พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19	13.03	3.864	พอใช้	14.33	2.468	ดี	-3.078	0.002
สรุปคะแนนภาพรวม	53.90	12.402	ดี	89.80	7.858	ดีมาก	-4.788	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

วิจารณ์

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน: 52.43 ± 12.92 , หลัง: 60.63 ± 7.80 , $p < 0.05$) ทิศทางนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในระดับสากลที่ระบุว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ความสามารถในการจัดการตนเอง และความมั่นใจในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ งานวิจัยในประเทศให้ผลไปในทิศทางเดียวกัน ธีรธรรม ภูงศ์ชัย และคณะ⁽¹²⁾ รายงานว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับปริมาตร ทักษะการเขียน และคะแนน⁽¹³⁾ และภักทพงษ์ ยิ่งดำรง⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการเรียนรู้เพิ่มขึ้นหลังจัดกิจกรรม เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสามด้าน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อหุ้มที่ยืนยันว่าการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อภาพและวิดีโอรวมกับการมีปฏิสัมพันธ์ช่วยลดภาระการอ่านและเพิ่มความเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ชัดเจนกว่าการให้เอกสารข้อความแบบดั้งเดิม⁽¹⁵⁾ ในทางกลับกัน องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้คะแนนเฉลี่ยจะสูงขึ้น แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) ข้อค้นพบนี้ต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีรายงานว่าทุกองค์ประกอบพัฒนาไปพร้อมกัน จุดนี้น่าจะสะท้อนธรรมชาติของ “การรู้” กับ “การทำ” ที่ไม่ได้เคลื่อนไปด้วยอัตราเดียวกันเสมอ การนำความรู้ไปปฏิบัติจริงยังขึ้นอยู่กับปัจจัยบริบทหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมของบริการสุขภาพในชุมชน สิ่งอำนวยความสะดวกอย่างศูนย์ออกกำลังกายหรือสถานที่ฝึกทักษะ การสนับสนุนจากญาติและบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนความมั่นใจส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปจากการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานมักเผชิญอุปสรรคเชิงโครงสร้างในการ

เปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติ และจำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม เข้ามาช่วยกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾

ด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ก่อน: 53.90 ± 12.40 , หลัง: 89.80 ± 7.86 , $p < 0.05$) ผลนี้ตรงกับที่ธีรธรรม ภูงศ์ชัย และคณะ⁽¹²⁾ และภักทพงษ์ ยิ่งดำรง⁽¹⁴⁾ รายงานไว้ก่อนหน้านี้ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคโควิด 19 ล้วนมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม กลับยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แม้ค่าเฉลี่ยจะขยับสูงขึ้นก็ตาม เมื่อมองผ่านบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น อาจอธิบายจุดที่ยังไม่ขยับได้ชัดเจนขึ้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ราวร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และผูกพันกับวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นรวมถึงความเคยชินในครัวเรือนมาตลอดชีวิต พฤติกรรมการลดหวาน มัน เค็ม หรือการฝึกบริหารสมองอย่างสม่ำเสมอ จึงไม่ใช่สิ่งที่จะปรับเปลี่ยนได้ครบถ้วนภายในกรอบเวลาเพียง 8 สัปดาห์ หากขาดแรงกระตุ้นเนื่องจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าผู้สูงอายุซึ่งมีระดับการศึกษาจำกัดต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวเร่งสำคัญ ก่อนที่ความรู้จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้จริง⁽⁶⁾

จุดแข็งของการศึกษา การศึกษานี้มีจุดแข็งในการออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในชุมชน โดยลดทอนความซับซ้อนของเนื้อหาและใช้สื่อเชิงประจักษ์ เช่น ภาพ วิดีโอ ควบคู่กับกระบวนการเรียนรู้เชิงรุกที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง อาทิ การสวมบทบาทสมมติ ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การฝึกวิเคราะห์ผลยาและโภชนาการจำลอง ตลอดจนการจัดทำแผนสุขภาพส่วนบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะและความมั่นใจในการนำไปใช้ ประกอบกับรูปแบบกิจกรรมมีความยืดหยุ่นและใช้อุปกรณ์ที่ไม่ซับซ้อนจึงเอื้อต่อการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะนำไปขยายผลในระดับพื้นที่ได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านแบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ได้อย่างสมบูรณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากอิทธิพลของตัวแปรภายนอก นอกจากนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างยังมีขนาดเล็ก ($n = 30$) ทำให้มีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงสู่บริบทอื่น รวมถึงการประเมินผลสิ้นสุดทันทีหลังจบกิจกรรม 8 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถระบุความคงอยู่และความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ ควรบูรณาการสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาเป็นผู้ดูแลร่วมเพื่อช่วยจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านและกระตุ้นการประยุกต์ใช้ทักษะสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารทั้งนี้ การศึกษาในระยะต่อไป ควรพัฒนาแบบแผนการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และมุ่งตอบคำถามวิจัยว่า การเพิ่มการมี

ส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการติดตามผลระยะ 3-6 เดือน จะส่งผลให้การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความยั่งยืนหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมทุกท่านที่ร่วมแรงร่วมใจและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ท้ายที่สุด ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects 2022. New York: United Nations; 2023.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
5. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย: ระดับต่ำถึงปานกลางและผลกระทบต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2564.
6. Estrela M, Semedo G, Roque F, Ferreira PL, Herdeiro MT. Sociodemographic determinants of digital health literacy: a systematic review and meta-analysis. Int J Med Inform 2023;177:105124.
7. สำนักงานคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี: พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 21 ธ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/npt/public/standard-report-detail/710884bc8d16f755073cf194970b064a>
8. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/>
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/Manual_DMS_ASSESS64.pdf
11. Zolbin MG, Huvila I, Nikou S. Health literacy, health literacy interventions and decision-making: a systematic literature review. J Doc 2022;78(7):405-28.
12. ธัญรัตน์ ฤกษ์ชัย, ภัทรวรินทร์ ภัทราศิริสมบุรณ์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ปาริชาติ ญาตินิยม, จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์. โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ: วิจัยแบบผสมผสานวิธี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2566;41(2):1-18.

13. พริมรตา ทศนมนเกียรติ, ดนัย บวรเกียรติกุล, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนท์, วัลลภ ใจดี, ธนียา เจตยานุกรกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2568;20(1):171-84.
14. ภัทรพงษ์ ยิ่งดำเนิน. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาล-พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2567;4(2):43-57.
15. Galmarini E, Marciano L, Schulz PJ. The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2024;24:718.

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults at Luang Phor Pern Hospital

Sudarat Kiatpattanakul

Luang Phor Pern Hospital, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest model. The objectives were to examine the levels of health literacy and health behaviors among older adults before and after participating in a health literacy promotion program, and to compare the mean scores of these two variables. The sample consisted of 30 older adults residing in the service area of Luang Phor Pern Hospital, Nakhon Pathom Province, selected through purposive sampling. The research instrument was a health literacy promotion program that had been validated for content validity (CVI=0.93) and was implemented over a period of eight weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and Wilcoxon signed rank test. The results revealed that, following participation in the program, the overall mean score of health literacy significantly increased ($p<0.05$). Significant improvements were observed in accessing health information and services, understanding health information, and appraising health information and services. However, the mean score for applying health information and services, although higher, was not statistically significant. Regarding health behaviors, the overall mean score also showed a statistically significant increase ($p<0.05$). Specifically, significant improvements were found in exercise, stress management, fall prevention, oral health care, and COVID-19 prevention behaviors, whereas improvements in eating behaviors and dementia prevention behaviors were not statistically significant. These findings suggest that the health literacy promotion program has the potential to enhance both health literacy and health behaviors among older adults after program completion.

Keywords: health literacy; health behaviors; older adults