

The Efficacy of Health Literacy Enhancement Program for the Elderly Patients with Chronic Diseases in Ban Chang Subdistrict, Mueang District, Pathum Thani Province

Channutcha Boonrat, M.Sc.*

Aorntira Boonpradit, M.N.S.**

Sarintorn Patampan, M.Sc.***

Wikrom Rujayakronkul, M.Sc.***

Abstract

Objective: This study aimed to assess baseline health literacy levels and evaluate the effectiveness of a targeted health literacy program among elderly patients with chronic diseases in Ban Chang Subdistrict, Mueang District, Pathum Thani Province.

Methods: A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was conducted with 30 purposively sampled elderly patients (aged 60 years) diagnosed with chronic conditions. The intervention featured a 4-week health literacy program combining group activities (weeks 1–2, 3 hours/week) and home-visit follow-ups (weeks 3–4). Research instruments included a validated 6-domain, 42-item health literacy questionnaire (IOC = 0.81, Cronbach's alpha = 0.84). Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests after confirming normal distribution.

Results: The majority of participants were female (73.30%) and aged between 60–69 years (60.00%). Prior to the intervention, baseline health literacy was moderate overall ($\bar{x}$ = 66.17, SD = 5.65), though health communication ($\bar{x}$ = 13.07, SD = 1.62) and media literacy ($\bar{x}$ = 16.57, SD = 2.37) scored significantly lower, falling into the low tier. Post-intervention, the overall health literacy mean score significantly increased to a high level ($\bar{x}$ = 106.73, SD = 6.37). Furthermore, mean scores across all individual dimensions improved significantly to high levels.

Conclusion: The integrated health literacy program effectively enhances overall health literacy, self-management, and media critical skills among elderly chronic disease patients, offering a sustainable, empowering approach to geriatric self-care.

Keywords: health literacy; elderly patients; chronic diseases

*Department of Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

**Boromarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Parboromrajchanok Institute

***Public Health Program, Faculty of Health Sciences, Siam Technology College

Corresponding author **: aontira@bcnpb.ac.th

Received: April 29, 2026; Revised: June 16, 2026; Accepted: July 27, 2026

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ชัยณัฐชา บุญรัตน์, วท.ม.*

อรธิรา บุญประดิษฐ์, พย.ม.**

สรินทร พัฒอำพันธ์, วท.ม.***

วิกรม รุจยากรกุล, วท.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ 2) เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (One-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพบูรณาการกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ที่ 1-2 (สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง) และ 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทักษะ 6 ด้าน จำนวน 42 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.81 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Samples t-test หลังตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.30) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 60.00) ผลการศึกษพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 66.17$, $SD = 5.65$) โดยด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($\bar{x} = 13.07$, $SD = 1.62$) และความรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 16.57$, $SD = 2.37$) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 106.73$, $SD = 6.37$) โดยทุกองค์ประกอบรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพที่บูรณาการกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; โรคเรื้อรัง

*อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

**อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

ผู้รับผิดชอบบทความ **: aontira@bcnpb.ac.th

ได้รับต้นฉบับ: 29 เมษายน 2569; แก้ไขบทความ: 16 มิถุนายน 2569; รับลงตีพิมพ์: 27 กรกฎาคม 2569

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขเจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างของประชากร โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราเกิดและอัตรายาลดลง⁽¹⁾ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า สัดส่วนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากร้อยละ 16.0 ในปี พ.ศ. 2560 จนถึงร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567⁽²⁾ จากจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและเมื่อคาดการณ์ไปในอนาคต พบว่า ปี 2573 มีแนวโน้มที่จะอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) นั่นคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2583⁽³⁾

การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้เกิดความท้าทายสำคัญต่อระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายและอาจต้องเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งมักมาจาก “4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก” ได้แก่ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽⁴⁾ ดังนั้นการป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางสำคัญที่เป็นรากฐานของการ

พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้นโยบายและทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) โดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก ให้คนไทยมีสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้านสุขภาพได้⁽⁵⁾

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ถือเป็นกลไกและปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽⁶⁾ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health literacy/basic skills and understanding) เป็นทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน รับรู้ เข้าใจและเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy) เป็นทักษะในการพูด ฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพและ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจลณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจและสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมรักษาสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการ

สื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ ซึ่งแนวคิดนี้ไม่ใช่เพียงแค่การอ่านออกเขียนได้แต่เชื่อมโยงโดยตรงไปยังทักษะการปฏิสัมพันธ์และทักษะขั้นวิจารณ์ญาณซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การจัดการตนเอง (Self-management) และการร่วมตัดสินใจในการรักษา

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่จัดอยู่ในกลุ่มด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (Illiteracy populations) และเป็นกลุ่มวัยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มวัยอื่น⁽⁷⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ในจังหวัดตรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ถึงร้อยละ 71.10⁽⁸⁾ และยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 52.83 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 42.28 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾

อำเภอเมืองปทุมธานี เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี มีประชากรจำนวน 220,791 คน พบว่าเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.22⁽¹⁰⁾ สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากซึ่งตำบลบ้านฉางอำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี มีเขตรับผิดชอบจำนวน 4 หมู่ มีผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบถึง จำนวน 1,278 คน⁽¹⁰⁾ ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการหลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสื่อสังคมออนไลน์ และขาดทักษะการสื่อสาร

กับบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างตรงจุด ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร แม้ว่าในอดีตจะมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุมาบ้าง แต่โปรแกรมส่วนใหญ่มักเน้นการให้ความรู้แบบทางเดียวในสถานพยาบาล ซึ่งขาดความต่อเนื่องและไม่ได้ปรับให้เข้ากับบริบทการดำเนินชีวิตจริงของผู้สูงอายุ จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการจัดระบบบริการให้เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคิดวิเคราะห์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับปัจเจกและระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ที่ผสมผสานทักษะ 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของนันทิพย์ ผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อยที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมกลยุทธ์สำคัญ คือ การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้สูงอายุในสิ่งแวดล้อมจริง ซึ่งจะช่วยยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไปสู่ระดับวิจารณ์ญาณที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้แผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (One-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) และมีชื่อขึ้นทะเบียนราษฎรอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น 1,278 คน⁽¹⁰⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ตำบลบ้านฉาง จำนวน 30 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 เลือกรคำนวณแบบ (A Priori: Compute Required Sample Size – Given α , Power and Effect Size) โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80

ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.5 (ขนาดกลาง) และยอมรับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%⁽¹²⁾ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ มีสัญชาติไทย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ไม่มีความพิการหรือทุพพลภาพที่ขัดต่อการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถฟัง พูด อ่านออกเสียงและเขียนภาษาไทยได้ เพื่อการสื่อสารและการทำแบบทดสอบและมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาลดระยะเวลาของโปรแกรม และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นภายหลังที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดได้หรือมีความประสงค์ขอถอนตัวจากการศึกษา ระหว่างดำเนินการ ผู้วิจัยเลือกใช้แผนการทดลองกลุ่มเดียวเนื่องจากข้อจำกัดทางบริบทพื้นที่ของตำบลขนาดเล็ก ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและสื่อสารกันตลอดเวลา หากแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในพื้นที่เดียวกันจะเกิดความคลาดเคลื่อนจากการปนเปื้อนของข้อมูล (Treatment Contamination) ได้ง่าย

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งออกเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดัดแปลงมาจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 6 ทักษะ (การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ) จำนวน 42 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ = 3, ปฏิบัติบางครั้ง = 2, ไม่เคยปฏิบัติ = 1: สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะกลับคะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 42–126 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ช่วงคะแนน: คะแนน 42–70 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 71–98 หมายถึง ระดับปานกลางและคะแนน 99–126 หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.81 (รายข้ออยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายประชากร 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 ซึ่งผ่านเกณฑ์ยอมรับได้ ก่อนนำไปใช้จริง

2. โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ออกแบบโปรแกรมตามระดับทักษะของนัทบีม (Nutbeam) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ระดับพื้นฐานและการปฏิสัมพันธ์-3 ชั่วโมง): กิจกรรมสร้างความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ โดยมีการบรรยายในประเด็นสุขภาพที่ดีตามหลัก 3 อ. 2 ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สบู่หรื สุรา) การเลือกรับประทานอาหารในผู้สูงอายุ ชุมวิททัศน์ เรื่อง สุขภาพดีเริ่มต้นที่ 3 อ. 2 ส. เพื่อสะท้อนให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพและกิจกรรมเสริมความรู้ในการออกกำลังกายและกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 (ระดับปฏิสัมพันธ์และวิจารณ์ญาณ-3 ชั่วโมง): กิจกรรมสร้างทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อผ่านกรณีตัวอย่างและสื่อออนไลน์ โดยมีการบรรยายในประเด็นการตัดสินใจ การปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ชุมวิททัศน์ เรื่อง การรับรู้การตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำเสนอตัวแบบ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยผ่านการพัฒนาทักษะนำมาพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การตัดสินใจและการจัดการตนเอง ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและมีการแบ่งกลุ่มในกิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อพร้อมนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากเพื่อนสู่เพื่อน

สัปดาห์ที่ 3-4 (ระดับวิจารณ์ญาณ) การเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (รวม 2 ครั้ง) เพื่อกระตุ้น ติดตาม ประเมินและให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวกมุ่งเน้นทักษะการจัดการตนเองในการนำทักษะไปใช้ในชีวิตจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง โดยมีการประเมินคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเริ่มโปรแกรมฯ และประเมินคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์

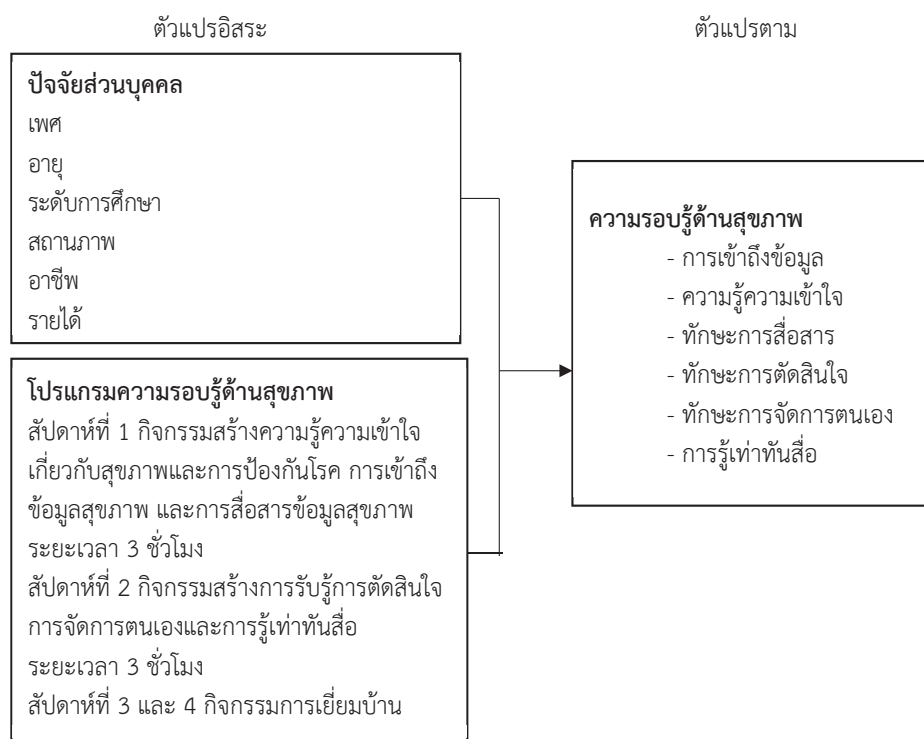
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าคะแนนผลต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p > 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติ

เชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วย Paired Samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์ และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะประชากร ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของมนุษย์ Health literacy ประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ



แผนภาพแสดง กรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี (COA No. 018/2566) เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 ตามมาตรฐาน ICH-GCP ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการทางสาธารณสุข สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างสูงสุดและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเชิงสถิติเท่านั้น เพื่อป้องกันการระบุตัวตนและคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.00 และสำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 76.66 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 86.66 และมีรายได้ครัวเรือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 83.33 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ร้อยละ 66.70 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.70 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	26.70
หญิง	22	73.30
รวม	30	100
อายุ		
สูงวัยตอนต้น (60-69)	18	60.00
สูงวัยตอนกลาง (70-79)	9	30.00
สูงวัยตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	3	10.00
รวม	30	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	23.33
ประถมศึกษา	20	66.67
มัธยมศึกษา	3	10.00
รวม	30	100
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.67
สมรส	23	76.66
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	16.67
รวม	30	100

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	2	6.67
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	6.67
ไม่ได้ทำงาน	26	86.66
รวม	30	100
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	25	83.33
5,000 - 10,000 บาท	4	13.34
10,000 - 15,000 บาท	1	3.33
รวม	30	100

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 66.17$, $SD = 5.65$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดและจัดอยู่ในระดับน้อย คือ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($\bar{x} = 13.07$, $SD = 1.62$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 16.57$, $SD = 2.37$) ขณะที่ด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ

และการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 106.73$, $SD = 6.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -29.25$, $p < 0.001$) โดยคะแนนระดับน้อย (42-70 คะแนน) ระดับปานกลาง (71-98 คะแนน) ระดับมาก (99-126 คะแนน) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและแยกรายด้าน (n=30)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		แปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		แปลผล
	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	
ความรู้ด้านสุขภาพ						
คะแนนเฉลี่ยภาพรวม	66.17	5.65	ปานกลาง	106.73	6.37	มาก
ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน						
1. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค	4.17	1.29	ปานกลาง	8.10	0.88	มาก
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	13.40	1.83	ปานกลาง	20.27	2.13	มาก
3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	13.07	1.62	น้อย	20.73	2.20	มาก
4. ด้านการตัดสินใจ	1.80	0.71	ปานกลาง	4.33	0.88	มาก
5. ด้านการจัดการตนเอง	17.17	2.00	ปานกลาง	26.67	2.51	มาก
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	16.57	2.37	น้อย	26.63	2.43	มาก

3. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน

3.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.17$) ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ความเหมาะสมของการบริโภคเนื้อปลาและการอาศัยอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการขึ้นลงบันได ($\bar{x} = 0.63$) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ความเข้าใจเรื่องการดื่มสุรากับความเสี่ยงมะเร็งปอด ($\bar{x} = 0.20$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 8.10$) โดยข้อคำถามส่วนใหญ่มีคะแนนเต็ม ($\bar{x} = 1.00$) เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีและการปฏิบัติตนเมื่อเวียนศีรษะ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ความเข้าใจเรื่องการดื่มสุรากับมะเร็งปอดและการนอนหลับ ($\bar{x} = 0.67$)

3.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 13.40$) ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การสอบถามข้อมูลจากผู้รู้ ($\bar{x} = 1.80$) และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การสืบค้นข้อมูลด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ($\bar{x} = 1.57$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 20.27$) โดยข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ ความมั่นใจในการไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{x} = 2.83$) ขณะที่ข้อคำถามเกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูลและตรวจสอบกับหนังสือมีคะแนนต่ำสุดในด้านนี้ ($\bar{x} = 2.43$)

3.3 ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 13.07$) ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การชักชวนผู้อื่นเปลี่ยนพฤติกรรม ($\bar{x} = 1.73$) และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การอ่านเอกสารแล้วเล่าต่อให้ผู้อื่นฟังได้ ($\bar{x} = 1.53$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 20.73$) โดยข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การฟังคำแนะนำและการติดตามข่าวสารเพื่อปรับใช้ ($\bar{x} = 2.70$) และข้อคำถามเกี่ยวกับการชักชวนผู้อื่นมีคะแนนต่ำสุด ($\bar{x} = 2.43$)

3.4 ด้านการตัดสินใจ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.80$) ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การเลือกอาหารรสจืด ($\bar{x} = 0.50$) และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การเลือกไปพบแพทย์มากกว่าซื้อยากินเอง ($\bar{x} = 0.20$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 4.33$) โดยข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การหลีกเลี่ยงน้ำอัดลมและการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมเมื่อเวียนศีรษะ ($\bar{x} = 0.93$) ขณะที่ข้อคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษาทางเลือกโดยสืบค้นอินเทอร์เน็ตมีคะแนนต่ำสุด ($\bar{x} = 0.67$)

3.5 ด้านการจัดการตนเอง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 17.17$) ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การกำหนดเป้าหมายออกกำลังกาย ($\bar{x} = 1.80$) และข้อคำถามที่

มีคะแนนต่ำสุด คือ การทบทวนผลการดูแลสุขภาพตามแผน ($\bar{x} = 1.57$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 26.67$) ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การดูแลสุขภาพแวดล้อมในบ้านและการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย ($\bar{x} = 2.77$) ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับการทบทวนแผนงานมีคะแนนต่ำสุด ($\bar{x} = 2.57$)

3.6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 16.57$) ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ การกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มบริการสุขภาพ ($\bar{x} = 1.77$) และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ความเชื่อในโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ($\bar{x} = 1.50$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 26.63$)

ข้อคำถามเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมหลังได้รับคำแนะนำจากสื่อมีคะแนนสูงสุด ($\bar{x} = 2.80$) ขณะที่ข้อคำถามเกี่ยวกับการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายสื่อมีคะแนนต่ำสุดในด้านนี้ ($\bar{x} = 2.53$)

4. จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.70 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก จำนวน 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.70 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10 (33.30)	20 (66.70)	0 (0.00)
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	0 (0.00)	1 (3.30)	29 (96.70)

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมตามองค์ประกอบรายด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -29.25$, $p < 0.001$) ค่าสถิติที่

สูงมากขึ้นได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของการคำนวณซ้ำแล้ว ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย มีแนวโน้มพัฒนาการของคะแนนเพิ่มขึ้นไป

ในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นเอกฉันท์และไม่มีความแปรปรวนขัดแย้งกันในกลุ่ม รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	N	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	66.17	5.65	-29.25	29	<0.001**
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	106.73	6.57			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 66.17) สู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 106.73) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนทักษะความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ประการแรก การพัฒนาทักษะด้านความรู้เข้าใจและการเข้าถึงข้อมูล (Cognitive & Access Skills) พบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับมาก เกิดจากการเลือกใช้เกิดจากการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาที่หลากหลาย (Multimodal Strategies) ในสัปดาห์ที่ 1 การเลือกใช้สื่อวีดิทัศน์ หลัก 3 อ. 2 ส. ร่วมการใช้สื่อประกอบการบรรยายที่เป็นภาพนิ่งที่สั้นกระชับ เข้าใจง่าย ช่วยกระตุ้นความจำระยะสั้นและเพิ่มอัตราการจำของผู้สูงอายุได้ดีและระบบ

หลักประกันสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด⁽¹³⁾ ที่ระบุว่าการเลือกวิธีการถ่ายทอดที่ดึงดูดความสนใจและการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มอัตราการจดจำ (Retention rates) ได้ดีและระบุว่าการใช้สื่อที่เห็นด้วยตาช่วยลดอุปสรรคการเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยทางสติปัญญาได้ **ประการต่อมา** ทักษะการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อ (Communication & Media Literacy) ซึ่งเดิมเป็นจุดอ่อนที่มีระดับคะแนนน้อยของผู้สูงอายุในตำบลบ้านฉางพัฒนาสู่ระดับมาก เนื่องจากในสัปดาห์ที่ 2 ไม่ได้เน้นสอนตามตำรา แต่เน้นการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) และมีการจัดกลุ่มย่อยในผู้สูงอายุ ได้นำตัวอย่างข้อความโฆษณาชวนเชื่อจริงจากแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย (social media platform) ที่ระบาดในชุมชน มาร่วมกันวิเคราะห์การฝึกแบบลงมือทำ (Hands-on experience) นี้สร้างความตื่นตัวและเสริมสร้างทักษะการคิดและตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการกลั่นกรองสื่อและมีความกล้าที่จะซักถามบุคลากรการแพทย์เพิ่มขึ้นและสามารถจัดการ

ตนเอง (Decision-making & Self-management) ซึ่งระดับการตัดสินใจและการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การเลือกอาหารรสจืดและการจัดการสภาพแวดล้อมในบ้าน กิจกรรมในส่วนนี้ได้นำเสนอต้นแบบ (Role Model) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เห็นตัวอย่างที่ดีและมีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังฯ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากความรู้สุขภาพจะสร้างพลังอำนาจให้บุคคลตัดสินใจลงมือดูแลสุขภาพของตนเองได้⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพทำให้มีโอกาสตัดสินใจ คิด วิเคราะห์ ตระหนักถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย

สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ อีกกลไกที่สำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างจากงานวิจัยในอดีต⁽¹⁹⁻²⁰⁾ ที่พบระดับความรู้เพียงระดับต่ำหรือพอใช้ คือ กระบวนการติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 การเยี่ยมบ้านทำหน้าที่เป็น “ตัวกระตุ้นเตือนทางอารมณ์และพฤติกรรม” (Behavioral Cue) ในสภาพแวดล้อมจริงของผู้ป่วย กระบวนการติดตามอย่างใกล้ชิดนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเองที่ดีขึ้น เมื่อผู้วิจัยเข้าไปร่วมจัดสภาพแวดล้อมชื่นชมผู้ป่วยเมื่อเลือกรับประทานอาหารรสจืดและช่วยทบทวนแผนควบคุมโรคอย่างเป็นกันเองทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การเรียนรู้จูงจูงจากระดับการจำและการสื่อสาร ไปสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) ที่สามารถตัดสินใจและลงมือจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรมในชีวิตประจำวัน

สรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพที่บูรณาการกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นสู่ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมนี้ช่วยปิดจุดอ่อนด้านการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่ออย่างได้ผลและช่วยเปลี่ยนความรู้เชิงทฤษฎีเป็นการปฏิบัติจริงผ่านทักษะการจัดการตนเองและการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อจำกัด

แม้ผลการวิจัยจะแสดงแนวโน้มที่ดี แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการที่ต้องพึงระวังในการนำผลไปอ้างอิง

1. การใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและเลือกแบบเจาะจงจากตำบลเดียว ส่งผลให้ไม่สามารถสรุปอ้างอิงเชิงสถิติ (External Validity) ไปยังประชากรผู้สูงอายุในระดับจังหวัดหรือระดับประเทศที่มีบริบททางวัฒนธรรมและระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกันได้

3. การวิจัยนี้ประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ จึงยังขาดข้อมูลยืนยันความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลในระยะยาว 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ควรขยายขอบเขตการวิจัยโดยใช้รูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการอ้างอิงผลเชิงสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/NHCGj>
3. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, ศุภติดา ขวนวัน, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, และคณะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2562.
4. World Health Organization. Risk factors: Behavioural risk factors [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://shorturl.asia/FvYpl>
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/zvgtA>

6. 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.
7. Kobayashi LC, Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Park D, Wagner CV, et al. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Open* 2015;5(4).
8. วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา. ความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. รายงานการวิจัย. ตรัง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง; 2560.
9. นัชชา เรื่องเกียรติกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารกรมการแพทย์* 2565;47(1):80-6.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฉาง. รายงานประชากรรายหมู่บ้าน ในฐานข้อมูล JHCIS ณ วันที่ 10 ธันวาคม 2563. ปทุมธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฉาง; 2563.
11. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
12. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992;112(1):155-9.
13. Luna CA, Rondina JQ, Dazo NV. Varied Intervention Models: Its Effect on Students' Retention Score. *Am J Educ Res* 2020;8(5):321-4.
14. Patzelt C, Heim S, Deitermann B, Theile G, Krauth C, Hummers-Pradier E, et al. Reaching the elderly: understanding of health and preventive experiences for a tailored approach-results of a qualitative study. *BMC Geriatr* 2016;16(1):210.
15. อัญชิสา ถาวรณ, กิ่งแก้ว สำรวรณ. ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2565;16(1):65-77.
16. กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, นภาพิณ จันทขัฒมา. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิจัย การพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2562;11(1):197-212.
17. อติญาณ ศรีเกษตริน, รวีวรรณ แก้วอยู่, รุ่งนภา จันทรา, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2566;17(3):40-53.

18. คณะผู้วิจัยโครงการสร้างสรรค์งานวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มที่ 2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร; 2566.
19. กันตพงษ์ ปราบสงบ. ความสัมพันธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2559;32(1):60-70.
20. อุทัย เจริญจิตต์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(5):896-905.