

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ Development of a Health Literacy Promotion Model for Older Adults in an Elderly School

นิชกานต์ ทรงไทย (Nichakan Songthai) *

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (Uraiwan Chaichanawiroe) *

ทิพรัตน์ สิทธิวงศ์ (Tipparat Sittiwong) **

อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta) ***

Received: November 4, 2023

Revised: December 7, 2023

Accepted: December 27, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนารูปแบบตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของซอเรนเซนและคณะ ร่วมกับข้อมูลรายงานการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นและสถานการณ์การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 10 คน และ 2) ระยะศึกษาผลของการใช้รูปแบบโดยทำการทดลองใช้รูปแบบและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 23 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย และประเมินความพึงพอใจในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเช่นเดียวกับระยะที่ 1 จำนวน 15 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.67 -1.00 ทุกฉบับ และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 27 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้และการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง 2) ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.96$, $p\text{-value} = .007$) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 4.23$,

S.D. = 0.67) ดังนั้น ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development project aimed to develop a model for promoting health literacy in the prevention and control of non-communicable chronic diseases within elderly schools. Research methodology was divided into two phases: 1) Model Development phase emphasized on model drafting based on health literacy framework proposed by Sorensen et al., supplemented by reports on needs and situation analyses of health literacy promotion among older adults. This process involved focus group meetings with 10 stakeholders, and 2) Model Implementation phase focused on implementing the developed model with elderly school members and compared the average health literacy of the elderly. The evaluation involved 23 members from an elderly school, chosen through simple random sampling. Additionally, the assessment of stakeholders' satisfaction with the model were conducted in 15 stakeholders shared characteristics akin to Phase I participants. The research instruments, including semi-structured interview questionnaires, health literacy questionnaires, and satisfaction questionnaires, were developed by the researchers. Content validity was tested by three experts, resulting in the indices of congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of the health literacy questionnaires was tested with data collected from 27 older individuals, achieving a Cronbach's alpha coefficient of 0.95. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were subjected to statistical analyses, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test.

The revealed that: 1) the Health Literacy Promotion Model consisted of three key components: motivation building, knowledge dissemination on health behavior management, and training in health literacy and self-management skills; 2) Effect of the model: After participating in the model, the sample group exhibited a significant increase in their mean health literacy scores compared to their pre-experiment levels ($t = 2.96$, $p\text{-value} = .007$); and stakeholders expressed a high level of satisfaction with the developed model ($\bar{x} = 4.23$, S.D. = 0.67). It is suggested that the developed model utilize in other elderly schools with similar context to promote health literacy of older adults.

Keywords: Health literacy, Non-communicable chronic diseases, Older adults, Elderly school

***Corresponding author: Intira Pakanta; Email: intira2515@gmail.com

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

**รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Associate Professor, Faculty of Education, Naresuan University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อพบว่าจำนวนและอัตราตาย ปี 2560-2564 จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปี 2560 มีจำนวน 74,765 ราย หรืออัตราตาย 114.66 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 83,536 ราย หรืออัตราตาย 128.10 ต่อประชากรแสนคน (Division of Non Communicable Diseases, 2022) โดยเฉพาะใน ผู้สูงอายุซึ่งมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย รายงานว่า 3 อันดับโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.7 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 30.2 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2021) เพราะนอกจากสาเหตุของการเกิดโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ แล้วผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ที่สำคัญ ได้แก่ เมื่ออายุมากขึ้น โปรตีนบางส่วนจะเปลี่ยนแปลง มีลักษณะไขว้ขวางกัน (Cross-linked) ไม่ยืดหยุ่นและหนาตัวมากขึ้นร่วมกับมีการสะสมของไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ที่อวัยวะที่สำคัญของร่างกาย (Meiner, 2015; Wold, 2012) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดทำงาน ไม่มีประสิทธิภาพ การไหลเวียนเลือดลดลง หัวใจทำงาน เพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การเชื่อมตามขวาง และการสะสมของไลโปฟัสซินในระดับอ่อนยังส่งผลให้มีการสร้างอินซูลินลดลง หรือขัดขวางการนำกลูโคสไปใช้ จนเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเบาหวาน ด้วยเหตุนี้ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจึงเป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ

กองโรคไม่ติดต่อได้กำหนดนโยบายเร่งรัดเพื่อ ป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (พ.ศ. 2563-2564) ด้วยการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ด้านสุขภาพในหน่วยงานรัฐ ธุรกิจ เอกชน และท้องถิ่น และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีสาระสำคัญในเรื่อง การส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยใช้หลักสั้น กระชับ เข้าใจง่าย จำได้ง่าย (Division of Non Communicable Diseases, 2021) ซึ่งซอเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างการรู้หนังสือ

กับการนำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะหรือ ความสามารถของบุคคลที่แสดงถึงความรู้และได้เสนอ รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการ (An integrated conceptual model of health literacy) ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถในการ ค้นหาและรับข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ 3) การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการตีความ กรอง ตัดสิน และประเมินข้อมูลสุขภาพที่มีการเข้าถึง และ 4) การประยุกต์ใช้ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลและรักษาสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับการรู้คิด (Cognitive) ที่ดี ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ได้ อันจะนำไปสู่การป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน ของโรคเรื้อรังได้ โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงกระบวนการหรือรูปแบบ ที่สอดคล้องกับการรับรู้และความจำสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ๆ ได้ลดลงตามการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุด้วย

แม้ว่าในปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือ การดูแลผู้สูงอายุนั้น สามารถดำเนินการได้โดยการ จัดกิจกรรมผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งเป็นหนึ่งในเครือข่าย ทางสังคมที่แทรกซึมอยู่ทั่วประเทศไทย โดยในปี 2564 กรมกิจการผู้สูงอายुरายงานว่า ประเทศไทยมีโรงเรียน ผู้สูงอายุ 2,327 แห่ง (TGRI, 2021) ซึ่งสมาชิกของโรงเรียน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีความ สามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินการ จัดการดังกล่าว มีปัญหาต่างๆ ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับการ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ใน โรงเรียนผู้สูงอายุของนิคม พุทธา และพลอยประกาย ฉลาดสัน (Puttha & Chalardlon, 2022) พบสภาพปัญหา การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีการดำเนินการ ด้านความรู้เพียงด้านเดียวยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ เช่นเดียวกับ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลท่าทอง จังหวัดพิษณุโลก สมาชิก

ส่วนใหญ่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและวิทยากรในพื้นที่ผลัดเปลี่ยนกันมาให้ความรู้ ณ โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจนและกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุมีความต้องการให้มีการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ด้านสุขภาพของสมาชิกให้ดียิ่งขึ้น

อนึ่ง การพัฒนารูปแบบที่ไม่อยู่บนพื้นฐานบริบทของโรงเรียนผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนของการนำรูปแบบไปใช้ เนื่องจากไม่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของโรงเรียนผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรื่อง

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

2.2 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของซอเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ซึ่งมี 4 มิติ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) การเข้าใจข้อมูล 3) การประเมินและตัดสินใจข้อมูล และ 4) การประยุกต์ใช้

ข้อมูลในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทของพื้นที่แบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงเรียนผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ตลอดจนสร้างความพึงพอใจให้แก่มิมีส่วนได้ส่วนเสียที่จะนำรูปแบบไปใช้ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 2) ระยะศึกษาผลของการใช้รูปแบบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

การดำเนินการวิจัยมีการนำแนวคิดที่เกี่วข้องผลการศึกษา ก่อนหน้า ผลการประชมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสังเกตแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากรายงานวิจัยในระยะของการศึกษาสถานการณ์ความต้องการจำเป็นความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุของนิชกานต์ ทรงไทยและคณะ (Songthai et al., 2022) ที่พบว่า สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.07$, S.D. = 0.46) แต่สมาชิกมีความต้องการได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก ($\bar{x} = 2.54$, S.D. = 0.51) โดยมีความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) การเข้าใจ 3) การนำไปใช้และ 4) การประเมินค่าตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัย

ได้นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบและออกแบบกิจกรรมตามกรอบแนวคิดของซอเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ในมิติการดูแลรักษาโรค มิติการป้องกันการเกิดโรค และมิติการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเน้นในส่วนของการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพก่อนนำไปใช้ในการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้จากรายงานการศึกษาศาสนาการณ และตามกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลของขวัญเมือง แก้วดำเกิง (Kaeodumkoeng, 2018) ตลอดจนแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแคเนเฟอร์และเกลลิก-บาย (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ที่ถูกนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในผู้สูงอายุ

1.2 ผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ดำเนินการโดยกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ และเครือข่ายทางสังคมของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อให้ทราบรูปแบบหรือกิจกรรมเดิมของโรงเรียนผู้สูงอายุแล้วสังเคราะห์เป็น (ร่าง) รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

1.3 ผู้วิจัยนำ (ร่าง) รูปแบบไปประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการและกรรมการของโรงเรียน รวม 5 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 4 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบล 1 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน ที่ยินดีให้ข้อมูล ตรวจสอบยืนยันเนื้อหาที่สังเคราะห์ และปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมตามข้อคิดเห็นจนได้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยความครอบคลุมและเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมถึงข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาผ่านตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.67-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

2. ระยะศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ

2.1 ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร เป็นผู้ที่มียายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ตามการทดสอบค่าที (T-test) แบบทางเดียว (One-tailed test) หนึ่งกลุ่ม (One sample case) กำหนด Effect size = 0.50, Power = 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองและศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนได้ไม่สม่ำเสมอจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1999) รวมทั้งสิ้น 32 คน เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลท่าทอง หลังจากนั้น จึงสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) จากสมาชิกที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจนครบตามจำนวนที่ต้องการโดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด ด้วยภาษาไทยได้ และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้ครบทั้ง 4 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดโครงการคงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา

บทบาททางสังคม โรคเรื้อรังและระยะเวลาที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรค ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) การเข้าใจ 3) การประเมิน และ 4) การนำไปใช้ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 28 ข้อ แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ น้อย (1.00-1.66), ปานกลาง (1.67-2.33) และมาก (2.34-3.00) ตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) เท่ากับ 0.95

การดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 1 ไปดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง (8 สัปดาห์) ณ โรงเรียนผู้สูงอายุ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ (Motivation) มีการเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และอธิบายประโยชน์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy skills) ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การเข้าถึง ได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือและการใช้เทคโนโลยีในการรับส่งข้อมูล ด้านที่ 2 การเข้าใจ ได้แก่ การฝึกการทำความเข้าใจข้อมูล ข้อมูลสุขภาพและการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจข้อมูล

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพด้านที่ 3 การประเมินและตัดสินใจโดยฝึกพิจารณาข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไตร่ตรองก่อนการตัดสินใจ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งเป็นการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ด้านที่ 4 การนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการตนเองโดยมีการมอบหมายล่วงหน้าให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมติดตาม

ตนเอง (Self-monitoring) เริ่มตั้งแต่การระบุความคาดหวัง (ตั้งเป้าหมาย) ในการป้องกันหรือควบคุมโรคแล้วมอบหมายให้ผู้สูงอายุติดตามตนเอง จากนั้นให้ผู้สูงอายุเปรียบเทียบพลังงานที่ได้จากเมนูอาหารและกิจกรรมที่ตนเองทำในแต่ละวันกับเกณฑ์มาตรฐาน (Self-evaluation) และเสริมแรงจากภายนอกด้วยการชื่นชมผู้สูงอายุที่ทำได้ตามเกณฑ์เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-reinforcement) (รายละเอียดดังตาราง 1)

หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังใช้รูปแบบ ณ โรงเรียนผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 12 โดยในระหว่างศึกษาวิจัย สมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัยได้ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบข้อมูลพบว่า มีการกระจายแบบปกติ จึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Paired sample t-test)

2.2 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านการทดลองใช้โดยผู้สูงอายุ ส่งให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการและกรรมการของโรงเรียน ตัวแทนผู้สูงอายุ และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลที่มีความสะดวกในการประเมินความพึงพอใจและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในวันนัดประชุมกลุ่มครอบคลุมทุกกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 15 คน จากนั้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งคู่มือในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและคู่มือความรู้ด้านสุขภาพสำหรับ

ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุอีกครั้ง ทำการปรับปรุงแก้ไขจนได้คู่มือการใช้รูปแบบที่พัฒนาเสร็จสิ้นและนำไปมอบให้โรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การคิดค้นรูปแบบ การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ และการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแปลผล 3 ระดับ ดังนี้ น้อย (1.00-2.33), ปานกลาง (2.34-3.67) และมาก (3.68-5.00)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมเชิงพื้นที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เลขที่ใบรับรอง COA No. 180/2022 วันที่รับรอง 23 พฤษภาคม 2565 และได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุ และกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการวิจัยและเผยแพร่โดยภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความรู้ของซอเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ร่วมกับข้อมูลรายงานการศึกษาศาสนาการค้นคว้าความต้องการจำเป็นความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุของนิชกานต์ ทรงไทยและคณะ (Songthai et al., 2022) และการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม รายละเอียดแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุระหว่างรูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. กิจกรรมการติดตามวัดความดันโลหิต และดัชนีมวลกายทุก 6 เดือน	1) คงเดิม 2) สะท้อนกลับผลการตรวจเปรียบเทียบกับการตรวจครั้งก่อนและค่าปกติ (โดยแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ)
	2. กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ (โดยเจ้าหน้าที่เครือข่ายทางสังคม) 2.1 การอภิปรายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพื่อสร้างความตระหนัก 2.2 อธิบายประโยชน์ของความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจ
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจากเครือข่ายทางสังคม เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิทยากรสถาบันการศึกษาในและนอกระบบเทศบาลตำบล เป็นต้น - การบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง - กิจกรรมการออกกำลังกายและนันทนาการ	3. การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3.1 การอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3.2 การแลกเปลี่ยนทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเมื่อมีปัญหาอุปสรรค 4. กิจกรรมเสริมทักษะความรู้ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง 4.1 การเข้าถึง (โดยเครือข่ายทางสังคมและแกนนำผู้สูงอายุ) 1) การแนะนำแหล่งข้อมูลและการค้นกรองความน่าเชื่อถือ 2) การใช้เทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ในการค้นหา รับ-ส่งข้อมูลที่จำเป็น 3) การใช้แอปพลิเคชัน (Application) แวนช่ายในการอ่านฉลากอาหารฉลากยา 4.2 การเข้าใจข้อมูล (โดยเครือข่ายทางสังคม) 1) การใช้เทคนิคสอนกลับ (Teach back) โดยให้ผู้สูงอายุอธิบายกลับว่าเข้าใจข้อมูลอย่างไร หรือถ้าจะไปอธิบายเรื่องนี้ให้กับผู้อื่นจะอธิบายอย่างไร 2) การฝึกใช้เทคนิค "Ask me 3" โดยฝึกให้ผู้สูงอายุสื่อสารกับแพทย์/บุคลากรสุขภาพ ด้วยการถามคำถาม 3 ข้อ "ลุง/ป้ามีปัญหาสุขภาพอะไร" "ลุง/ป้าต้องทำอะไรเพื่อแก้ไขปัญหานี้" "วิธีการแก้ไขปัญหานั้นออกมาสำคัญสำหรับลุง/ป้ามากน้อยแค่ไหน" เพื่อให้เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น วิธีการปฏิบัติตนและเหตุผลความสำคัญของการปฏิบัติ 4.3 การประเมินและตัดสินใจข้อมูล(โดยเครือข่ายทางสังคมและแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ) 1) เกมส์เสริมทักษะความรู้ ในการประเมินและตัดสินใจเลือกชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรัง เช่น เกมส่ีไปจ่ายตลาด เกมส่ีเข้าแถวมหาสนุก เป็นต้น

ตาราง 1 เปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุระหว่างรูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	2) การอภิปรายประเด็นปัญหาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพิจารณาทางเลือก และการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์จากฉลากอาหาร 4.4 การนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการตนเอง (โดยเครือข่ายทางสังคมและสมาชิกผู้สูงอายุ) 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เริ่มจากการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมในการป้องกันหรือควบคุมโรค การสังเกตแล้วบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการนำผลจากการบันทึกพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือเกณฑ์มาตรฐาน 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) มีการชื่นชม และสร้างความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อพฤติกรรมบรรลุตามเป้าหมายหรือเกณฑ์

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

2.1 ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 19 คน (ร้อยละ 82.6) อายุ 70-79 ปี 11 คน (ร้อยละ 47.8) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา 12 คน (ร้อยละ 52.2) ไม่ได้มีบทบาททางสังคมใดๆ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 56.5) มีโรคประจำตัว จำนวน 14 คน (ร้อยละ 60.9) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

มากกว่า 5 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 47.8) สำหรับอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 3 เดือนหลังการใช้รูปแบบพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 0) และสมาชิกทุกคนไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 0) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample t-test แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 23)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อน		ระดับ	ก่อน		ระดับ	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.			
การเข้าถึง	1.91	0.42	ปานกลาง	2.18	0.39	ปานกลาง	3.93	.001*
การเข้าใจ	1.93	0.52	ปานกลาง	2.26	0.51	ปานกลาง	2.31	.031*
การประเมินและตัดสินใจ	2.08	0.52	ปานกลาง	2.36	0.44	มาก	1.89	.072
การประยุกต์ใช้	1.92	0.56	ปานกลาง	2.33	0.39	ปานกลาง	2.74	.012*
โดยรวม	1.96	0.41	ปานกลาง	2.28	0.35	ปานกลาง	2.96	.007*

* p < .05

จากตาราง 2 จะเห็นว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการใช้รูปแบบของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 2.28, S.D. = 0.35) แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 1.96, S.D. = 0.41) ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการใช้รูปแบบมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้านยกเว้นด้านการประเมินและตัดสินใจ

2.2 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้าน (ตาราง 3)

ตาราง 3 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n = 15)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการคิดค้นรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.41	0.55	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ	4.04	0.80	มาก
ด้านการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์	4.24	0.59	มาก
โดยรวม	4.23	0.67	มาก

นอกจากนี้ กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุได้เสนอให้ปรับขนาดตัวอักษรในคู่มือให้มีขนาดใหญ่และใช้ภาพประกอบที่ชัดเจน รวมถึงออกแบบท่าทางหรือสัญลักษณ์ประกอบเพื่อให้จดจำทักษะความรอบรู้ ได้แก่ เข้าถึง (ท่ายกแขนกำมือตักน้ำ) เข้าใจ (ท่าประสานมือที่อก) นำไปใช้ (ท่ายื่นเท้ากับที่) และบอกต่อ (ปรบมือเหนือศีรษะ)

เมื่อใครสามารถปฏิบัติจนแล้วได้ผล ให้ช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกในโรงเรียนและผู้อื่น และเสนอให้มีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและเป็นที่ยอมรับของสมาชิก

การอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ได้จากการพัฒนามีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมโดยรูปแบบใหม่มีจุดเด่นหรือจุดดี คือ มีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ทั้งความรู้ แรงจูงใจ และทักษะเพิ่มมากขึ้นจากรูปแบบเดิม (ตาราง 1) โดยเน้นหนักที่กิจกรรมการส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลที่จะนำไปใช้ตามสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่บนพื้นฐานบริบทของโรงเรียนผู้สูงอายุ สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนของการนำรูปแบบไปใช้ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้ ช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุสอดคล้องกับแนวคิดของซอเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ที่มุ่งเน้นใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการดูแลรักษาโรค มิติการป้องกันการเกิดโรคและมิติการส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบของรูปแบบ และสอดคล้องตามกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลของขวัญเมือง แก้วคำเกิง (Kaedumkoeng, 2018) และกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management) ของแคชเฟอร์และแกลลิก-บาย (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจและการฝึกทักษะ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทั้ง 3 กระบวนการในการจัดกิจกรรมในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในพื้นที่ที่ผู้วิจัยเคยศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็นมาพัฒนาต่อเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีอยู่เดิม ตลอดจน มีการดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ อย่างมีแบบแผนที่ชัดเจน จึงเกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับ

มากสอดคล้องกับการศึกษาของชานินทร์ ไชยานุกูล (Chaiyanukool, 2020) ที่ใช้กระบวนการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้วยการทำกิจกรรมที่หลากหลาย สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยการให้ผู้สูงอายุมีการตั้งเป้าหมาย ให้ความรู้ ย่อยลงและให้รางวัลช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (Sriyasak et al., 2021) ที่ใช้กระบวนการส่งเสริมความรู้ 6 ด้าน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การตั้งเป้าหมาย และวางแผนการตัดสินใจ การปฏิบัติ การประเมินตนเอง และการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการใช้คู่มือการจัดการตนเอง และสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและสอศแทรกแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละฐาน ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การสร้างแรงจูงใจ 2) การให้ความรู้ และ 3) การฝึกทักษะความรู้และการจัดการตนเองในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง กิจกรรมดังกล่าวครอบคลุมกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของซอเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า กระบวนการสร้างความรู้และฝึกทักษะจะสามารถช่วยให้บุคคลที่อยู่ในมิติสุขภาพทั้ง 3 มิติ ควบคุมสุขภาพของตนเองด้วยการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับสุขภาพของตนเอง

ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังมากขึ้น ด้วยเหตุผลนี้ผู้สูงอายุ

ที่เข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิคม พุทธา และพลอยประกาย ฉลาดถิ่น (Puttha & Chalardlon, 2022) โดยรูปแบบประกอบด้วย การประเมินสุขภาพเบื้องต้น และการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ซึ่งพบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในยุคชีวิตวิถีใหม่ได้ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ และผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอบรรณครีวของอัครราชดิ ศรียะศักดิ์ และคณะ (Sriyasak et al., 2021) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.96, p = .007$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจะเห็นได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีกิจกรรมฝึกทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การใช้โทรศัพท์ในการสืบค้นและส่งต่อเฉพาะข้อมูลที่จำเป็น และการใช้แอปพลิเคชันแว่นขยายในการอ่านฉลากอาหาร ฉลากยา ซึ่งสามารถช่วยแก้ไขปัญหามองตัวหนังสือไม่เห็นเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโปรตีนเลนส์ตาในลักษณะไขว้ขวาง (Cross-linking) ทำให้สายตาวุ่นมัว (Meiner, 2015) สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูลเนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้มีการใช้เทคนิคสอนกลับ (Teach back) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้อธิบายว่าได้รับทราบอะไรไปและเข้าใจข้อมูลนั้นว่าอย่างไร การที่จะอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ผู้สูงอายุจะต้องจดจำและทำความเข้าใจกับข้อมูลนั้นๆ เสียก่อน

นอกจากนี้ รูปแบบที่พัฒนามาขึ้นยังฝึกให้ผู้สูงอายุใช้เทคนิคการถามคำถาม 3 ข้อ (Ask me 3) ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์หรือนุคลากรสุขภาพเพื่อให้เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น วิธีการปฏิบัติตนและเหตุผลของการปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของซอเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ที่อธิบายไว้ว่า ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การสื่อสารด้วยการพูด ความจำและความเป็นเหตุเป็นผล ตลอดจนความสามารถทางกาย ทักษะทาง

สังคม ทักษะในการเรียนรู้ด้วยการอ่าน และการอ่านจับใจความ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ ดังนั้น การสื่อสาร ด้วยการซักถามจากบุคลากรสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูลที่ได้รับการอธิบาย ทราบในเหตุผลและความสำคัญของข้อแนะนำมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุจึงเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นและเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.93, p = .001$ และ $t = 2.31, p = .031$ ตามลำดับ)

ด้านการประเมินและตัดสินใจ เป็นเพียงด้านเดียวที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เกณฑ์มาตรฐาน และทางเลือกในการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุสามารถประเมินและตัดสินใจได้เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 5 ปี ทำให้ได้รับคำแนะนำและสามารถให้ผลการตัดสินใจได้มากกว่าด้านอื่นๆ อยู่แล้ว ตั้งแต่ก่อนได้รับรูปแบบด้วยเหตุนี้ แม้ว่าหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุจะมีค่าเฉลี่ยด้านการประเมินและการตัดสินใจเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบ ($t = 1.89, p = .072$)

สำหรับการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการตนเอง ซึ่งมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรค และ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) การติดตามตนเองตามเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันหรือควบคุมโรค 2) การประเมินตนเองโดยนำผลจากการบันทึกพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับเป้าหมาย หรือเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ตระหนักว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่ยังไม่บรรลุและมีแรงจูงใจในการที่จะเข้มงวดกับการควบคุมตนเองให้มากยิ่งขึ้นเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย และ 3) การเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นแรงจูงใจ ภายในที่ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อเนื่องตามกระบวนการจัดการตนเองของของ แคนเฟอร์และเกลลิก-บาย (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกให้เข้าใจข้อมูลที่ตัดสินใจเลือกได้แล้วไปใช้จัดการตนเอง จึงมีความรอบรู้ด้านการประยุกต์ใช้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.74, p = .012$)

ถึงแม้ผลการศึกษาจะพบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แต่จะสังเกตได้ว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.28$, S.D. = 0.35) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย โดยเฉพาะการตอบสนองของ รูม่านตาต่อแสงที่มากขึ้นไป จากการอ่านข้อมูลผ่าน อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ ส่งผลกระทบ ทำให้เกิดการพร่ามัวของการมองเห็นมากยิ่งขึ้นทำให้ ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเป็นผู้ใช้รูปแบบได้ให้ ข้อมูลว่า "ส่วนใหญ่ใช้ไลน์ในการส่งข้อมูลกัน ถ้าให้ ค้นหาข้อมูลอ่านทางโทรศัพท์มันลำบาก"

อนึ่ง กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุได้เสนอแนะว่าควรมีการแจกคู่มือที่มีภาพประกอบและตัวหนังสือที่มีขนาดใหญ่ ให้กับสมาชิกเพื่อใช้ในการทบทวนความจำมากกว่าการใช้ เทคโนโลยีเพราะใช้สะดวกและคุ้นเคยมากกว่า สอดคล้องกับ ขวัญเมือง แก้วคำกิ่ง และดวงนคร ธรรมกุล (Kaeodumkoeng & Thummakul, 2015) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพควรคำนึงถึงกลุ่มผู้สูงวัย มีการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนึงถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้น พื้นที่ว่าง การใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้แผนภาพ หรือภาพถ่ายประกอบในการสื่อความรู้ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะสอบถามปัญหาสุขภาพของตนเองจากบุคลากรด้านสุขภาพ เนื่องจากเกรงใจ หรือไม่ทราบว่าจะถามอย่างไร สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นปัญหา อุปสรรคในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลรวมถึงการประเมิน และการนำข้อมูลที่ได้อ่านไปใช้ในการปฏิบัติตน จึงทำให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลัทธิ มีบุญมาก, จิรายินทนา, วรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญมาศ คำชนะ และณณภัทร รุ่งเนย (Meebunmak, Intana, Kijnopakieat, Khamthana & Rungnoei, 2019) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกิ่งเมือง แห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลางซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กิ่งเมืองเช่นเดียวกัน

ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 4.23$, S.D. = 0.67) โดยเฉพาะ ด้านการคิดค้นรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีคะแนนสูงสุด โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เนื่องจากรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตรงตามความต้องการของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวที่ว่า "อยากให้ช่วยสอนเรื่องการใช้เทคโนโลยี ในการสืบค้นและเรียนรู้ด้วยตนเอง" และนำข้อจำกัดที่ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยผู้สูงอายุตามคำกล่าวที่ว่า "ตัวหนังสือมันเล็ก สายตาไม่ค่อยดีกันแล้วอ่านก็ไม่ค่อยเห็น" มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมความ รอบรู้ให้มีโครงสร้างที่ครอบคลุม เป็นสิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีใน โรงเรียนผู้สูงอายุแห่งนี้มาก่อนสอดคล้องกับบริบทของ โรงเรียน และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ รองลงมาได้แก่ด้านการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$, S.D. = 0.59) สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึง เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ให้ผู้สูงอายุเห็นว่า เป็นรูปแบบ การส่งเสริมความรอบรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบ แม้จะได้ คะแนนความพึงพอใจต่ำสุดแต่อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.80) โดยในการลงปฏิบัติตามรูปแบบ ผู้สูงอายุ ยังมีส่วนร่วมไม่มากนัก เนื่องจากยังขาดความมั่นใจในการ ขอมรับจากสมาชิกในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวของ กรรมการโรงเรียนที่กล่าวว่า "ถ้าพวกเราพูดเขาไม่ค่อย ฟังกัน ต่างคนต่างรู้ ต้องให้วิทยากรพูดเขาถึงจะฟังกัน" ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงควรดึงศักยภาพของแกนนำ เช่น กรรมการโรงเรียนรับผิดชอบในการติดตามและ สะท้อนผลการตรวจวัดความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย ตามหลักการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการ สร้างรูปแบบ เป็นต้น นอกจากนี้ จากการที่มีการรับฟัง

ข้อเสนอแนะและนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ เกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนิคม พุทธาและพลอยประกาย ฉลาดสัน (Puttha & Chalardlon, 2022) ที่พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในยุคชีวิตวิถีถัดไปประสบความสำเร็จเนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาเกิดจากความต้องการและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของผู้สูงอายุและการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของโสภา จิรวงศ์นุสรณ์ และณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ (Jirawongnuorn & Chitmanasak, 2021) ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความความพึงพอใจต่อรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.62$, S.D. = 0.57)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนผู้สูงอายุ ควรสนับสนุนการนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงเรียนผู้สูงอายุไปใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่นั้นๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุก่อนนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ใช้รูปแบบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีต่อสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุยังขาดความมั่นใจในการยอมรับจากสมาชิกในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ จึงควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแกนนำของโรงเรียนผู้สูงอายุ (Peer-led) เพื่อให้เกิด

ผลลัพธ์ในส่วนของ การเสริมสร้างพลังอำนาจของแกนนำในโรงเรียนผู้สูงอายุ และเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เช่น อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่หรืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Chaiyanukool, T. (2020). Development of health literacy of the elderly at Khamkrang Sub-district, Detudom District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science, Thaksin University*, 2(3), 73-79. [In Thai].
- Division of Non-Communicable Diseases. (2021). *Annual report 2020*. Bangkok: Graphic and Design Publisher. [In Thai].
- Division of Non-Communicable Diseases. (2022). *Number and death rate from 5 non-communicable diseases (2017-2021)*. Retrieved from <https://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>. [In Thai].
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2021). *Situation of the Thai older persons 2020*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. [In Thai].

- Jirawongnusorn,S., &Chitmanasak, N. (2022). Development of a health literacy model to enhance health behaviours according the “3A” principle of the elderly. *Journal of Roi KaensarnAcademi*, 7(4), 233-249. [In Thai].
- Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health literacy: Access understand and application* (2nd ed.). Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public., Ltd. [In Thai].
- Kaeodumkoeng, K., &Thummakul, D. (2015). Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research*, 9(2), 1-8. [In Thai].
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Bays, L. (1991). Self-management method. In F.H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp.305-360). New York: Pergamon press.
- Meebunmak, Y., Intana, J., Kijnopakieat, K., Khamthana, P. & Rungnoei, N. (2019). Health literacy among older adults in a Semi-Urban Communityin Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(special),129-141. [In Thai].
- Meiner, S. E. (2015). *Gerontologic nursing* (3rd ed.). St. Louis, Mo.: Mosby.
- Polit, D. F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research :Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puttha, N., & Chalardlon, P. (2022). The development of health literacy activities of self-care for elderly in the new-normal Banlueak Subdistrict, Photharam District, Ratchaburi Province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(3), 46-64. [In Thai].
- Songthai, N., Chaichanawirote, U., & Pakanta, I. (2022). *Health literacy promotion model for prevent non-communicable diseases (NCDs) and complications among older adults in Seniors’ School* (Research report). Phitsanulok: Naresuan University. [In Thai].
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ...Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sriyasak, A., Sarakshetrin, A., Tongphet, J., Ket-in, V., Utaitum, N., Mookui, S., ...Meesub, T. (2021). The development of health literacy for health management of older personswith diabetes and hypertension in primary care cluster context: Case study in Phetchaburi Province. *Journal of Health Systems Research*, 15(2), 155-173. [In Thai].
- Wold, G. H. (2012). *Basic geriatric nursing* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Mosby.