

การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพ ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี*

รชยา ยิกุสังข์ ปร.ด.** ดลรวี สิมคำ ปร.ด.***

วิณา ถิมสกุล พย.ม.**** กมลชนก ทองเอียด พย.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายใต้กรอบแนวคิดความรู้สุขภาพของนันทิพย์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์-ตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง โดยบูรณาการร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านตามแนวทาง “3อ 2ส” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ดสุบบุหรี และงดเสพสุรา เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่เป็นรูปธรรม คือ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย และนอนหลับสนิท”

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนขุนทะเล จำนวน 100 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ตั้งแต่ .846 ถึง .917 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีระดับความรู้สุขภาพในทุกระดับและองค์ประกอบเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พฤติกรรมสุขภาพในด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ดีขึ้นอย่างชัดเจน ($p < 0.001$) ส่วนการงดบุหรีและสุราไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่แล้ว นอกจากนี้ ผลลัพธ์สุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการนอนหลับ การป้องกันการหกล้ม และความจำ ($p < 0.001$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาภายใต้แนวคิดความรู้สุขภาพ และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ และสามารถขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ความรอบรู้สุขภาพ ผู้สูงอายุ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย SRU-EC2023/074 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 4 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 กรกฎาคม 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล donlarawee@npu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

Prototype development and effectiveness evaluation of a health literacy promotion program on health behavior and outcomes of elderly people in the Khun Thale community, Surat Thani province*

Rajaya Yekusang Ph.D.** Donlarawee Simkum Ph.D.***

Weena Limsakul M.N.S.**** Kamolchanok Thongied M.N.S.****

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate a prototype health literacy promotion program for older adults in the Khun Thale community, Surat Thani Province. The program was grounded in Nutbeam's three-tier model-Functional, Interactive, and Critical literacy-addressing five key components: information access, media literacy, knowledge exchange, decision-making, and self-management. It was integrated with the "3A2S" behavior model, focusing on nutrition, physical activity, emotional well-being, smoking cessation, and alcohol abstinence. Targeted health outcomes included: no falls, no forgetfulness, no depression, enjoyable eating, and quality sleep.

A purposive sample of 100 elderly participants was recruited. Data were collected before and after participating in the program using a validated researcher-developed questionnaire, with content validity confirmed by experts. Reliability test revealed cronbach's alpha coefficient ranging from .846–.917. Data were analyzed using paired t-tests and wilcoxon signed-rank tests.

The results indicated significant improvements in all levels and components of health literacy ($p < 0.001$). Health behaviors notably improved in the areas of diet, physical activity, and emotional regulation ($p < 0.001$), while smoking and alcohol behaviors remained unchanged, likely due to already appropriate baseline levels. Furthermore, all five intended health outcomes improved significantly, particularly sleep quality, fall prevention, and memory function ($p < 0.001$).

In conclusion, the prototype program developed under the concept of health literacy and community participation was effective in systematically enhancing the self-care capacity of the elderly and can be expanded to other similar community settings.

keywords: prototype development; participatory action research; health literacy; elderly

Ethical approval: SRU-EC2023/074, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 4 March 2025, Revised 5 June 2025, Accepted 18 July 2025

*This research was supported by Surat Thani Rajabhat University research fund

**Lecturer, Faculty of Nursing, Surat Thani Rajabhat University

***Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Corresponding author,
E-mail: donlarawee@npu.ac.th

****Assistant professor, Faculty of Nursing, Surat Thani Rajabhat University

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็น 2,000,000,000 คน สร้างความท้าทาย ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั้งในระดับโลกและประเทศ¹ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้² การเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นเรื่องเร่งด่วน โดยเฉพาะการป้องกันโรคเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อน และชะลอความเสื่อมของร่างกาย³ องค์การอนามัยโลกจึงเสนอแนวคิด “active aging” ที่เน้นสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยเน้นบทบาทของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (health literacy) และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ⁴ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁵

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ⁶ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง การวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างเหมาะสม และการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งนี้สัมพันธ์กับการลดภาวะเสี่ยง เช่น การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพช่องปาก โภชนาการ และการนอนหลับผิดปกติ⁷⁻⁹ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไทยจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม¹⁰ งานวิจัยของ Nutbeam⁶ และ Sørensen et al.⁹ ยืนยันถึงความจำเป็นของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเสนอแนวทางพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรม ที่ช่วยพัฒนาการคิดวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ขณะทำงานในประเทศไทย เช่น โดย สงวนศรี สิมมา และคณะ¹¹ พบว่า โปรแกรมที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานของ สุจิตรา ไกรฤกษ์¹² ที่ชี้ว่า กิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นช่วยลด ความเสี่ยงการหกล้มได้

แม้แนวคิด health literacy ของ Nutbeam จะได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่งานวิจัยในไทย ยังขาดการบูรณาการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดสำคัญที่พบ ได้แก่ 1) งานวิจัยที่ใช้แนวคิด health literacy ครบทั้ง 3 ระดับ (functional, interactive, critical) ยังมีน้อย 2) การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ยังมีจำกัด และ ไม่รายงานผลก่อน-หลังการแทรกแซงอย่างเป็นระบบ และ 3) งานวิจัยที่ผลลัพธ์ปลายทางของสุขภาพ เช่น ลดการล้ม ความจำดี การนอนหลับดี โดยมี health literacy เป็นฐานแนวคิด ยังมีไม่มาก

ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพชุมชนต้องอาศัย “กรอบการมีส่วนร่วม” และ “วงจรปรับปรุงต่อเนื่อง” เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจริง แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ แกนนำและบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหา ออกแบบกิจกรรม และ ประเมินผล¹³⁻¹⁴ โดยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วม (ownership) และพลังชุมชน (empowerment) ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบแลกเปลี่ยน (mutual learning)¹⁵ และเพื่อให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม มีโครงสร้างที่ชัดเจน จึงใช้กรอบ PAOR (plan-act-observe-reflect)¹⁶ ดังนี้ 1) plan: ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบท 2) act: ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมาย 3) observe: เก็บข้อมูล (pre/posttest สังเกตการณ์ บันทึกภาคสนาม) เพื่อติดตามผล และ 4) reflect: ประชุมร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนผล แลกเปลี่ยนบทเรียน และ ปรับปรุงกิจกรรม

บริบทชุมชนเป้าหมาย คือ ชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบปัญหาซับซ้อน ได้แก่ การหกล้มซ้ำ ภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ซึมเศร้า สุขภาพช่องปากไม่ดี โภชนาการไม่เหมาะสม การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ไม่เพียงพอ ซึ่งสะท้อนถึงระดับความรู้สุขภาพที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมด้วยแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

เพื่อตอบโจทย์ปัญหาดังกล่าว จึงพัฒนาโปรแกรมต้นแบบเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และวงจร PAOR อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดสุรา และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพสำคัญ ได้แก่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย นอนหลับสนิท”¹⁷ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสามารถขยายผลไปยังชุมชนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบในการส่งเสริมความรู้สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิผล 3 ด้าน ของโปรแกรมต้นแบบ คือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้ในการดำเนินการสองประการ ได้แก่ กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม และกรอบแนวคิดในการศึกษาประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม (ดังภาพที่ 1)

1. กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ใช้แนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยดำเนินการตามวงจร plan-act-observe-reflect ของ Kemmis & McTaggart¹⁶ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งการวางแผน ดำเนินกิจกรรม การสังเกต และการสะท้อนผล ร่วมกับทีมวิจัย เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนจริง โครงสร้างของโปรแกรมต้นแบบอิงตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ของ Nutbeam⁶ ได้แก่ functional health literacy (ขั้นพื้นฐาน) interactive health literacy (ขั้นปฏิสัมพันธ์) critical health literacy (ขั้นวิจารณ์ญาณ) โดยครอบคลุม 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพกับผู้อื่น การวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพประจำวัน นอกจากนี้ โปรแกรมยังผสมผสานแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ “3อ 2ส” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ และงดเสพยา เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า รวมถึงส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โภชนาการ และการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ¹⁷

2. กรอบแนวคิดในการประเมินประสิทธิผล ใช้แนวทาง PAR ร่วมกับวงจร plan-act-observe-reflect เช่นเดียวกัน วิเคราะห์และประเมินผลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test/post-test) เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุม 3 ระดับ และ 5 องค์ประกอบ 2) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมด้านอาหาร

การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา และ 3) ผลลัพธ์สุขภาพสำคัญของ ผู้สูงอายุ ได้แก่ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย และนอนหลับสนิท” ซึ่งสะท้อนคุณภาพชีวิตโดยรวม

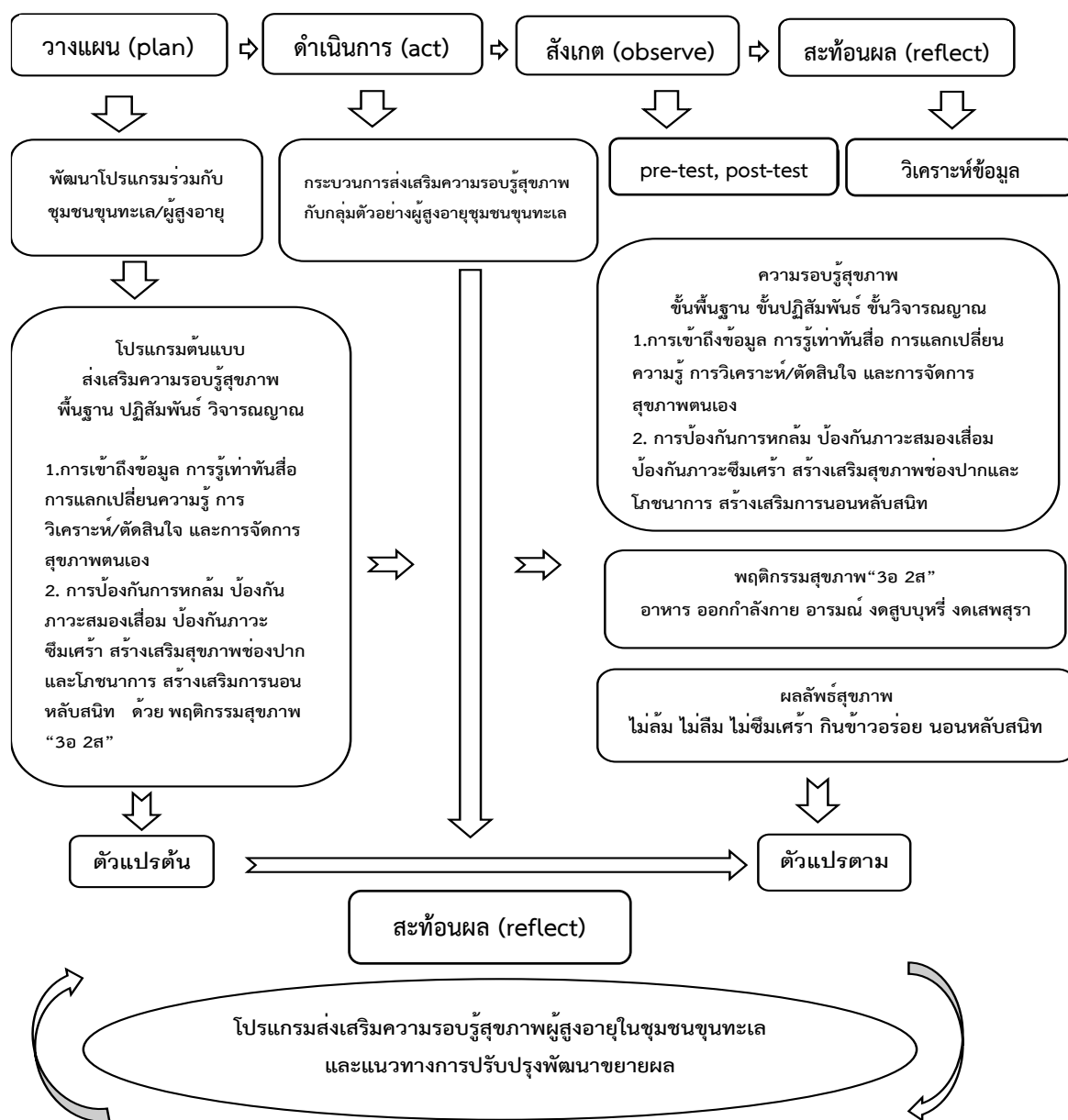
วิธีการวิจัย

แบบแผนการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research PAR) ประกอบด้วย วงจรการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การดำเนินการ การสังเกต และการสะท้อนผล (plan-act-observe-reflect) โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁶ เป็นกรอบในการพัฒนา โปรแกรม และใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณแบบ one group pretest-posttest design เพื่อประเมินผล

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในชุมชนขุนทะเล ไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีศักยภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ (สามารถเดิน เคลื่อนไหว และมีสติสัมปชัญญะดี) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีโรคประจำตัวรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย โรคหัวใจ มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง หรือโรคทางจิตเวชที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว มีข้อจำกัดด้านร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงในช่วงเวลาดำเนินโครงการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย จึงไม่มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตายตัว โดยทั่วไปงานวิจัยลักษณะนี้ มักใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-40 คน¹⁸ แต่เพื่อความเหมาะสมและเพื่อการขาดหาย (drop-out) ประมาณ 10% ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายไว้ที่ 34-36 คน เพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลได้อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม หลังจากประชาสัมพันธ์โครงการ มีผู้สูงอายุที่สมัครใจและผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 100 คน จึงรับเข้าร่วมทั้งหมด เนื่องจากพิจารณาว่า แม้จะมี

ผู้ถอนตัวมากกว่า 20% ก็ยังคงมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ และจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดแนวทางจัดการกรณีการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้ 1) หากถอนตัวก่อนเริ่มกิจกรรม จะไม่นำมารวมในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ และ 2) หากเข้าร่วมไม่ครบทุกครั้ง จะวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่เข้าร่วมครบตามเกณฑ์ (per-protocol analysis)

ตัวแปรการวิจัย

ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมต้นแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ และตัวแปรตาม คือ คะแนนความรอบรู้สุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนผลลัพธ์สุขภาพ

ระยะเวลา

การวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน ครอบคลุมการพัฒนาโปรแกรม การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในชุมชนขุนทะเล ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ความรู้ สร้างเสริมและป้องกันสุขภาพ ให้สอดคล้องกับผลลัพธ์เป้าหมายและความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 หมวด คือ หมวดความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน 10 ข้อ หมวดความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ 6 ข้อ หมวดความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ 7 ข้อ ให้คะแนนคำตอบ “ถูก” ข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 5 หมวด หมวดอาหารและสุขภาพช่องปาก 8 ข้อ หมวดการออกกำลังกาย 5 ข้อ หมวดอารมณ์ 7 ข้อ หมวดการงดสูบบุหรี่ 1 ข้อ และหมวดงดเสพยา 1 ข้อ ให้คะแนนโดยใช้ rating scale 4 ระดับ คือ 0, 1, 2, 3 คะแนน ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีข้อคำถาม 5 หมวด คือ หมวดไม่ล้ม 2 ข้อ หมวดไม่ล้ม 1 ข้อ หมวดไม่ซึมเศร้า 2 ข้อ หมวดกินข้าวอร่อย 2 ข้อ หมวดนอนหลับสนิท 2 ข้อ ให้คะแนนคำตอบ “ใช่” ข้อละ 1 คะแนน

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ) และค่าความแม่นยำ (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (cronbach's alpha coefficient) จากการทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง (pilot group) จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าคุณภาพของเครื่องมือ คือ แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .818 และ cronbach's alpha เท่ากับ .846 แบบสอบถาม ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .825 และ cronbach's alpha เท่ากับ .878 และแบบสอบถาม ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .880 และ cronbach's alpha เท่ากับ .917

ขั้นตอนการวิจัย

มีกระบวนการวิจัยตามวงจร action research (PAR) ทั้งหมด 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1) วางแผน (plan) ดำเนินการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ร่วมกับแกนนำผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนบริบทจริงของชุมชนจากข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยร่วมกับผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และจัดทำ คู่มือโปรแกรม ที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของชุมชน แนวคิดความรู้สุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง “3อ 2ส” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา

2) ดำเนินการ (act) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ชุมทะเล เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ และนัดหมายประชุมชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ หลังจากคัดเลือกผู้สนใจและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (pre-test) ด้านระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ จากนั้น นำโปรแกรมที่ออกแบบไปทดลองใช้จริงในกลุ่มเป้าหมาย โปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ functional, interactive และ critical health literacy โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 5 ชั่วโมง และจัดห่างกัน ครั้งละ 1 เดือน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองระหว่างรอบกิจกรรม

ครั้งที่ 1 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จัดกิจกรรม "รู้เท่าทันสุขภาพ: พื้นฐานสำคัญเพื่อชีวิตที่ดี" ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ภาวะหลงลืม และภาวะซึมเศร้า ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เทคนิคส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ

ครั้งที่ 2 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ จัดกิจกรรม "เข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพในชีวิตจริง" แนะนำวิธีเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง (สื่อ เว็บไซต์ หน่วยงานบริการ) ใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อวางแผนดูแลตนเอง การนำความรู้มาใช้ปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ครั้งที่ 3 ส่งเสริมความรู้ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มี จัดกิจกรรม "ลงมือทำเพื่อสุขภาพที่ดี" โดยการปฏิบัติจริงด้านโภชนาการที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพช่องปาก ฝึกทำเมนูสุขภาพง่าย ๆ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ฝึกโยคะเบา ๆ กิจกรรมฝึกเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์ เช่น ฝึกเทคนิคหายใจผ่อนคลายอารมณ์ และแนะนำวิถีชีวิต ละ เลิก บุหรี่ และสุรา

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ จัดกิจกรรม "คิด วิเคราะห์ และเลือกสุขภาพอย่างชาญฉลาด" โดยวิเคราะห์ข่าวหรือสื่อสุขภาพ เช่น ข่าวโภชนาการ ข่าวผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ฝึกคิดวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจเลือกแนวทางดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ฝึกสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ทำมา การเลือกข้อมูล/บริการสุขภาพที่เหมาะสม แนะนำเทคนิคการสังเกตและตระหนักรู้ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในตนเอง

ครั้งที่ 5 สรุปและสะท้อนผล จัดกิจกรรม "ก้าวสู่สุขภาพที่ยั่งยืน" ชวนทบทวนและสะท้อนความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายสุขภาพระยะยาว และวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง แบ่งปันประสบการณ์ความสำเร็จและอุปสรรค พร้อมกำลังใจจากกลุ่มเพื่อน

3) สังเกตและเก็บข้อมูล (observe) สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ บันทึกข้อสังเกตเกี่ยวกับปัญหาความยากง่าย และข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุระหว่างกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค แต่ละครั้ง เก็บข้อมูล วัดระดับความรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์สุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และบันทึกผลการดำเนินงาน

4) สะท้อนผลและปรับปรุง (reflect) วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณ ที่เกิดขึ้นจากรอบแรกประชุม สะท้อนผลกับทีมงานและผู้สูงอายุ เพื่อสรุปปัญหา ข้อดีข้อด้อยของโปรแกรม และเสนอแนะแนวทางพัฒนา ปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคณะวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐาน (pre-test) ในเดือนมิถุนายน 2566 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) เพื่อวิเคราะห์ผล ในเดือนพฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การรายงานประสิทธิผลของโปรแกรมต้นแบบนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ใช้สถิติอนุมาน paired t-test (ถ้าข้อมูลแจกแจงปกติ) หรือ wilcoxon signed-rank test (ถ้าข้อมูลไม่แจกแจงปกติ) เพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเดียวกัน

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เอกสาร เลขที่ SRU-EC2023/074 ลงวันที่ 24 เมษายน 2566 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างเคร่งครัด ได้แก่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และขั้นตอนของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจอย่างชัดเจน ขอความยินยอมอย่างสมัครใจ (informed consent) ก่อนเข้าร่วมการศึกษา คำนึงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามหลักความลับและความเป็นส่วนตัว (confidentiality and privacy) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วม สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อสิทธิที่พึงมี การดำเนินงานทั้งหมดเป็นไปตามหลักมาตรฐาน จริยธรรมการวิจัย เพื่อปกป้องสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

จากการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมต้นแบบ ส่งเสริมความรอบรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า

1. ผู้เข้าร่วมโครงการ มีจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี (ร้อยละ 41.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.0) สมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 75.0) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา (ร้อยละ 48.0) รายได้ 8,001-12,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 34.0) ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่นอกเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 55.0) ขนาดรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 65.0)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ (n=100) ก่อน-หลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยหลังดำเนินกิจกรรมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ความรอบรู้สุขภาพ	ก่อนดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
ระดับของความรอบรู้สุขภาพ					
ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน	2.9±0.7	4.1±0.5	14.88	<0.001*	(1.10, 1.48)
ความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์	3.0±0.6	4.2±0.5	13.57	<0.001*	(1.00, 1.42)
ความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ	2.8±0.8	4.0±0.6	15.26	<0.001*	(1.16, 1.56)
องค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพ					
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	2.8±0.7	4.2±0.5	15.32	<0.001*	(1.22, 1.64)
การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ	2.7±0.8	4.0±0.6	13.87	<0.001*	(1.10, 1.55)
การแลกเปลี่ยนความรู้สุขภาพ	2.9±0.6	4.1±0.5	14.45	<0.001*	(1.08, 1.48)
การวิเคราะห์และตัดสินใจ	2.6±0.7	4.0±0.6	16.12	<0.001*	(1.18, 1.60)
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.0±0.6	4.3±0.5	17.06	<0.001*	(1.14, 1.50)

หมายเหตุ: *p<0.05 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ พบว่า คะแนนรวม พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=18.44$, 95% CI: 24.20–28.80, $p<0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p- value	95% CI
1.ด้านอาหารและสุขภาพช่องปาก	12.24±2.1	20.64±2.5	16.23	<0.001*	(7.25, 9.75)
1.1 แปรงฟัน/บ้วนปากตอนเช้า- ก่อนนอน	1.53±0.8	2.58±0.6	12.15	<0.001*	(0.85, 1.27)
1.2 ไม่กินหลังแปรงฟันก่อนนอน	0.70±0.7	2.89±0.5	18.45	<0.001*	(1.90, 2.39)
1.3 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	0.93±0.6	2.07±0.7	14.31	<0.001*	(0.89, 1.39)
1.4 ลดอาหารหวาน มัน เค็ม	1.62±0.7	1.82±0.6	2.35	0.05	(0.01, 0.39)
1.5 ลดผัก ทอด	1.26±0.6	2.28±0.5	13.87	<0.001*	(0.82, 1.28)
1.6 ลดชา กาแฟ น้ำหวาน	1.23±0.7	1.98±0.6	8.77	<0.001*	(0.55, 0.93)
1.7 ดื่มน้ำ 8 แก้ว/วัน	1.05±0.8	1.62±0.7	5.42	<0.001*	(0.35, 0.79)
1.8 งดผักสดตอนเย็น	1.08±0.7	1.62±0.6	6.13	<0.001*	(0.34, 0.74)
2.ด้านการออกกำลังกาย	7.67±2.0	11.12±1.8	10.77	<0.001*	(2.90, 4.15)
2.1 ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	1.08±0.6	2.58±0.5	14.78	<0.001*	(1.20, 1.70)
2.2 ออกกำลังกาย 20–30 นาที	1.38±0.7	2.22±0.6	10.12	<0.001*	(0.66, 1.10)
2.3 ไม่ออกกำลังกาย 4 ชม. ก่อนนอน	0.66±0.7	1.92±0.5	14.56	<0.001*	(1.05, 1.55)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
2.4 ฝึกสมองป้องกันสมองเสื่อม	2.02±0.8	2.70±0.6	7.13	<0.001*	(0.48, 0.88)
2.5 ทำกิจกรรมเบา ๆ ให้ง่วง เมื่อนอนไม่หลับ	2.04±0.7	2.81±0.5	8.02	<0.001*	(0.55, 1.00)
3.ด้านอารมณ์	10.71±1.9	14.28±1.8	11.15	<0.001*	(2.80, 4.30)
3.1 กิจกรรมสังคม งานอดิเรก	1.98 ± 0.7	2.52±0.6	7.21	<0.001*	(0.36, 0.68)
3.2 ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น	1.26±0.6	1.83±0.7	6.33	<0.001*	(0.36, 0.74)
3.3 ยอมรับการเปลี่ยนแปลง	1.53±0.7	2.16±0.6	7.84	<0.001*	(0.46, 0.82)
3.4 ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว	1.83±0.8	2.28±0.6	5.12	<0.001*	(0.28, 0.64)
3.5 จิตใจเบิกบาน ผ่อนคลาย	1.54±0.7	1.98±0.6	4.53	<0.001*	(0.24, 0.64)
3.6 ใช้อาปรียบฮอโมนเพศวัย ทองตามแพทย์สั่ง	1.02±0.7	1.98±0.5	11.47	<0.001*	(0.79, 1.19)
3.7 ผ่อนคลายก่อนนอน	1.53±0.7	2.34±0.6	8.90	<0.001*	(0.62, 1.00)
4.ด้านการงดสูบบุหรี่ และสุรา	3.48±1.2	4.68±0.9	8.22	<0.001*	(0.90, 1.48)
4.1 งดสูบบุหรี่	1.74±0.5	1.74±0.5	0.00	1.000	(0.00, 0.00)
4.2 งดเสพสุรา	1.77±0.6	1.77±0.6	0.00	1.000	(0.00, 0.00)
คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ	23.10±3.5	50.67 ± 4.0	18.44	<0.001*	(24.20, 28.80)

หมายเหตุ: *p<0.05 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ พบว่า คะแนนรวมผลลัพธ์สุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 4.05 (SD=1.5) เป็น 6.21 (SD=1.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=12.56, 95% CI:1.78–2.54, p<0.001) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
1. ไม่ล้ม	0.86±0.4	1.51±0.5	9.56	<0.001*	(0.48, 0.78)
1.1 ไม่พลัดตกหกล้ม	0.43±0.4	0.76±0.4	6.35	<0.001*	(0.22, 0.46)
1.2 ดำเนินชีวิตประจำวันได้	0.86±0.3	1.00±0.3	4.21	<0.001*	(0.08, 0.21)
2. ไม่ล้ม	0.45±0.4	0.66±0.4	5.02	<0.001*	(0.12, 0.30)
2.1 ความจำดี ไม่หลงลืมบ่อย ๆ	0.45±0.4	0.66±0.4	5.02	<0.001*	(0.12, 0.30)
3. ไม่ซึมเศร้า	0.80±0.4	1.36±0.5	8.88	<0.001*	(0.42, 0.72)
3.1 ไม่รู้สึกเศร้าหรือเกรี้ยวกราดบ่อย ๆ	0.40±0.4	0.68±0.4	6.11	<0.001*	(0.19, 0.38)
3.2 รู้สึกมีคุณค่า	0.37±0.4	0.62±0.4	5.32	<0.001*	(0.14, 0.33)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (ต่อ)

ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
4. กินข้าวอร่อย	1.00±0.5	1.34±0.5	6.20	<0.001*	(0.22, 0.46)
4.1 รู้สึกอร่อยในรสชาติของอาหาร	0.50±0.4	0.67±0.4	4.55	<0.001*	(0.10, 0.26)
4.2 เคี้ยวกลืนได้ไม่มีความ ผิดปกติในช่องปาก	0.42±0.4	0.61±0.4	4.08	<0.001*	(0.09, 0.27)
5. นอนหลับสนิท	0.94±0.5	1.32±0.5	7.32	<0.001*	(0.26, 0.50)
5.1 นอนหลับ คื่นละ 6–8 ชั่วโมง	0.47±0.4	0.66±0.4	4.83	<0.001*	(0.11, 0.28)
5.2 ไม่ตื่นกลางดึกบ่อย หรือหลับต่อได้	0.47±0.4	0.64±0.4	4.38	<0.001*	(0.10, 0.26)
คะแนนรวมผลลัพธ์สุขภาพ	4.05±1.5	6.21±1.7	12.56	<0.001*	(1.78, 2.54)

หมายเหตุ: *p<0.001 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินโปรแกรมต้นแบบในส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกองค์ประกอบและทุกระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการงดพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ในด้านการป้องกันการล้ม การเสริมสร้างความจำ การป้องกันภาวะซึมเศร้า สุขภาพช่องปากและโภชนาการ และการนอนหลับที่มีคุณภาพ ($p<0.001$) แสดงว่า โปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพที่ใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วมและกิจกรรมปฏิบัติจริง มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างศักยภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านการเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน การโต้ตอบเชิงสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์สุขภาพในหลายมิติของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนขุนทะเล พัฒนากายใต้แนวคิด ความรอบรู้สุขภาพ 3 ระดับ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก ของ Nutbeam⁶ มีผลการประเมิน ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูล ($t=15.32$) การวิเคราะห์ตัดสินใจ ($t=16.12$) และการจัดการสุขภาพตนเอง ($t=17.06$) อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิด active aging⁴ และงานของ สงวนศรี สิมมา และคณะ²⁰ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ Ishikawa et al.¹⁹ และ Sørensen et al.⁹ ที่ชี้ว่า ทักษะด้านวิจารณญาณ และการใช้ข้อมูลมีความสำคัญต่อการตัดสินใจสุขภาพอย่างมีคุณภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เพิ่มขึ้น จาก 23.10 เป็น 50.67 ($p<0.001$) โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น การแปรงฟันถูกรูจี การบริโภคอาหารครบหมู่ และการออกกำลังกาย ก่อนนอน สอดคล้องกับงานของ Lee et al.⁸ และ Chinn²¹ ส่วนพฤติกรรมงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ไม่เปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวแต่แรก

ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการลดการหกล้ม พัฒนาความจำ และลดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานของ Sherrington et al.²² และ Wang et al.²³ ที่ชี้ว่า การออกกำลังกายและกิจกรรม ฟีกสมองมีผลเชิงบวก ทั้งนี้ ยังพบการปรับปรุงด้านโภชนาการและการนอนหลับ สนับสนุนข้อเสนอของ Nutbeam⁶ ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

กระบวนการ PAR แบบวงจร plan-act-observe-reflect ช่วยให้การดำเนินงานสอดคล้องกับ บริบทจริง เกิดการสะท้อนคิดร่วม ลดอคติ และเสริมสร้างองค์ความรู้ใหม่ ทั้งในระดับปฏิบัติและเชิงวิชาการ แม้การวิจัยลักษณะนี้ มีข้อจำกัด เช่น ใช้เวลานาน ไม่สามารถสุ่มกลุ่มควบคุมได้อย่างสมบูรณ์ และ ความเป็นไปได้ของอคติจากการประเมินตนเอง แต่ก็เหมาะสมที่สุดต่อการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีความ ยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับในชุมชน

โดยสรุป โปรแกรมที่ออกแบบตามบริบท ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเน้นการฝึกคิดอย่าง มีวิจารณญาณ มีประสิทธิภาพชัดเจนในการยกระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ส่งเสริมนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุระดับชุมชน จากผลการวิจัยที่ชี้ว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยปรับพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ ควรบรรจุแนวทาง ดังกล่าว ไว้ในแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นและจังหวัด พัฒนาแผนแม่บทการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม ที่เน้นกิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย และการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อเสริมความรู้ ทั้ง 3 ระดับ

2) จัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพรอบรู้” โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นฐานเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านสุขภาพ บรรจุ health literacy เป็นตัวชี้วัดในโครงการ สุขภาพ กำหนดร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นเป็นตัวชี้วัด (KPI) ในการประเมินผล โครงการสุขภาพระดับชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรพัฒนาโปรแกรมที่ชัดเจนครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก คือ การเข้าถึงข้อมูล รู้เท่าทันสื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง ในทั้ง 3 ระดับของ health literacy

2) เน้นกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติจริง โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม (workshops) ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพช่องปาก โภชนาการ การออกกำลังกาย ฟีกสมอง และการผ่อนคลายอารมณ์

3) ส่งเสริมแกนนำสุขภาพในชุมชน โดยคัดเลือกและพัฒนา “แกนนำความรู้สุขภาพ” เพื่อขยายผลสู่ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

4) ผลิตสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น คู่มือ แผ่นพับ แอนิเมชัน หรือสื่อสตัทัส ที่สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้ของผู้สูงอายุ

5) ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ควรเก็บข้อมูลก่อน-หลังการเข้าร่วมกิจกรรม และติดตาม ผลอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) ศึกษาผลระยะยาว ควรดำเนินการวิจัยแบบ longitudinal study เพื่อประเมินความคงทนของ พฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพ

2) เปรียบเทียบพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน ศึกษาความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม

3) นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาแอปพลิเคชัน วิดีโอ หรือสื่อดิจิทัลอื่น ๆ ที่เข้าใจง่าย เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว

References

1. United nations, Department of economic and social affairs. World population ageing 2020 highlights. New York: United Nations;2020.
2. Office of the national economic and social development council. Report on the elderly population of Thailand, 2021. Bangkok: NESDC;2021. (in Thai)
3. Department of health, Ministry of public health. Guidelines for health promotion among older adults. Bangkok: Department of health;2022. (in Thai)
4. World health organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO;2002.
5. Thanadirek R. The concept of active aging and the development of quality of life among older adults. J Community Public Health 2018;14(3):12–21. (in Thai)
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. Brach C, Dreyer B, Schyve P, Hernandez LM, Baur C, Lemerise AJ, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. USA: Institute of Medicine of the national academies;2012.
8. Lee TW, Lee SH, Kim JH, Kang SJ. A health literacy intervention for older adults: a comparative study. Asian Nurs Res 2015;9(1):42–7.
9. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80.
10. Boonpok S. Health literacy and self-care behaviors among older adults. J Public Health Nurs 2020;34(1):40–52. (in Thai)
11. Simmha S, Kunawiktikul W, Srisuwan C. Developing a health literacy program for older adults in the community using a participatory approach. J Nurs Public Health 2021;31(2):89–101. (in Thai)
12. Krairoek S. Development of a fall risk reduction program for community-dwelling older adults. Royal Thai Army Nurs J 2019;20(2):120–32. (in Thai)
13. Wallerstein N, Duran B. Theoretical, historical, and practice roots of CBPR. In: Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research for health: from process to outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass;2008:p.25-46.
14. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. Annu Rev Public Health 2008;29:325-50.

15. Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Methods in community-based participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass;2005.
16. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press;1988.
17. Ministry of Public Health, Thailand. 3A2S model for elderly health promotion. Bangkok: Ministry of Public Health;2018. (in Thai)
18. Stringer ET. Action research. 4th ed. Los Angeles: Sage;2014.
19. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. Health expect 2008;11(2):113–22.
20. Simmha S, Prasertsuk C, Thienstrong S. The effect of a health literacy promotion program on health care behaviors among older adults. Songklanagarind J Nurs 2021;41(1):91–106. (in Thai)
21. Chinn D. Critical health literacy: a review and critical analysis. Health Educ J 2011;70(2):228–40.
22. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2019;1:CD012424.
23. Wang C, Yu JT, Wang HF, Tan MS, Meng XF, Tan CC, et al. non-pharmacological interventions for patients with mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive interventions, physical activity, and combined intervention. Aging Res Rev 2020;62:101133.