

The Development of a Health Literacy Care Model for the Elderly in Collaboration with Network Partners in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province

Seksan Setthakit

Phayakkhaphumphisai District Public Health Office, Thailand

E-mail: saksan00452@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-7518-1170>

Received 28/05/2025

Revised 10/07/2025

Accepted 27/07/2025

Abstract

Background and Aims: Thailand has become a fully aged society, with a steadily increasing population of older adults. This demographic shift has contributed to a rising prevalence of non-communicable diseases (NCDs), which impose a significant burden on the healthcare system through increased morbidity, premature mortality, and healthcare costs. Limited health literacy among older adults impairs their ability to manage their health effectively, thereby exacerbating these issues. This study aimed to develop and evaluate a community-based health literacy promotion model for elderly care through multi-sectoral stakeholder engagement in Phayakkhaphum Phisai District, Maha Sarakham Province.

Methods: This research utilized a Research and Development (R&D) design. Participants were selected through purposive sampling and included 32 community stakeholders and 32 older adults. Data collection methods included in-depth interviews, focus group discussions, and structured questionnaires. Qualitative data were analyzed using thematic content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired samples t-test.

Results: The developed model comprised three key components: (1) implementation of the “3A 4S” operational strategy, integrated into the District Quality of Life Development Committee's framework; (2) clearly defined roles for community stakeholders in promoting health literacy; and (3) the establishment of a health literacy support system for older adults through community-based Health Stations. Post-intervention, both stakeholder knowledge and participation in elderly care improved significantly. Moreover, older adults demonstrated significantly higher levels of health literacy compared to baseline ($p < 0.05$).

Conclusion: The participatory health literacy promotion model effectively enhanced health literacy among older adults while increasing stakeholder engagement in elderly care. The findings suggest that this model holds promise for broader implementation and adaptation to other target populations to improve community health outcomes.

Keywords: Older Adults; Health Literacy; Community Networks



การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

เสกสรรค์ เศรษฐกิจ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุหะภูมิพิสัย

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการดูแลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาสุขภาพทั้งในด้านภาระโรค และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตามมา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและเปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยวิธีเจาะจง ประกอบด้วย ภาคีเครือข่าย จำนวน 32 คน และ ผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน เก็บข้อมูลจากสัมภาษณ์ กระบวนการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired samples t-test

ผลการวิจัย: รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) แนวทางการดำเนินงาน 3 อ 4 ส โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2) กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน 3) จัดระบบให้คำปรึกษาแนวทางการดำเนินงานพัฒนาการเสริมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนผ่าน Health Stations ภายหลังการพัฒนาแบบฯ ภาคีเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และผู้สูงอายุ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

สรุปผล: รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ทำให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการขยายผลการนำรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ภาคีเครือข่าย

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการดูแลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาสุขภาพทั้งในด้านภาระโรค และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จังหวัดมหาสารคาม พบ ผู้สูงอายุ 184,278 คน ประมาณการผู้สูงอายุ ปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 231,200 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม, 2566) ข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอพยุหะภูมิพิสัย พบ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ เพื่อการดูแล ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3,503 คน มีผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองใน

ระดับสูง ถึง 322, 923 และ 888 คน ตามลำดับ ความเสี่ยงของโรคข้างต้นอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ซึมเศร้า และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ครอบครัว และระบบสาธารณสุข ในอนาคต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2566)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถเฉพาะของบุคคล ในการอ่าน เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ และเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ (วรรณศิริ นิลเนตร และ วาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน, 2562) คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง หากประชาชนมีระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลทำให้ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็จะเพิ่มขึ้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (เพ็ญวิภา นิลเนตร และ ณิชกร นิลเนตร 2566) ซึ่งการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพให้ไปสู่ความสำเร็จ จนส่งผลให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพและมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพไปสู่สุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนมีการบูรณาการที่สอดคล้องกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การขับเคลื่อนส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน มีกลยุทธ์ที่สำคัญคือ สร้างความร่วมมือเครือข่ายการขับเคลื่อนงานยกระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ เพื่อการบรรลุเป้าหมายให้ประชาชนมีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับประเด็นปัญหาและวิถีชีวิต (มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต, 2566)

จังหวัดมหาสารคาม มีนโยบายด้านการสร้างสุขภาพ ด้วยกลไก 3 อ 4 ส มุ่งสู่ มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ด้วยกลไก 3 อ 4 ส ซึ่งเป็นกลไกที่มีการถอดบทเรียน ในเมืองที่เป็น BLUE ZONE ทั้ง 5 เมือง ทั่วโลก ซึ่งประกอบไปด้วย 3 อ ได้แก่ อ ที่ 1 อาหารดี อ ที่ 2 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อ ที่ 3 อารมณ์ดี ส่วน 4 ส ได้แก่ ส ที่ 1 เลิกการสูบบุหรี่ ส ที่ 2 เลิกการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส ที่ 3 สิ่งแวดล้อมดี และ ส ที่ 4 ความสัมพันธ์ที่ดี สังคมอบอุ่น การขับเคลื่อนการดำเนินงาน “มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี 3 อ 4 ส เป็น นโยบายสำคัญ ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและเสมอภาค โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567) สำหรับพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีการศึกษาการสร้างเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเฉพาะโรคเท่านั้น ยังไม่พบการศึกษาการพัฒนาแบบสร้างเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มีรูปแบบและกระบวนการดำเนินงานที่ยังไม่ชัดเจน มีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ

สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ในเขตอำเภอเพียงหนึ่งตำบลเท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (วิลล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2561) ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.70) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในระดับไม่ดี (Singhasem et al, 2020) นอกจากนี้ยัง พบว่า การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งเป็นผลจากการไม่เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง โดยคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มของภาวะสุขภาพแย่กว่าคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (สมพร สีตาอ่อน, 2566) ซึ่งการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพ มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีทักษะการจัดการตนเองตามเงื่อนไขสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี จนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ชุมชนและท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ และมีระบบการติดตามประเมินผลที่เหมาะสม

การพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดำเนินการจัดการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชน อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ด้วยการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี การแสวงหาความรู้และการเพิ่มพูนความรู้ การนำความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะก่อให้เกิดพลังในการปฏิเสธหรือ ควบคุมปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนอาศัยอยู่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการเข้าถึงระบบบริการในด้าน ต่างๆ และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนครอบคลุมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (สายพิน ทับสีรัก และคณะ, 2568)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามขึ้น เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุให้เกิดความเข้มแข็ง สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างยั่งยืน เป็นรูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน อันจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุในวงกว้าง และการลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2) เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

สมมุติฐานการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อให้เกิดรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. ภายหลังการพัฒนารูปแบบ

2.1 ภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรู้ และคะแนนการมีส่วนร่วมสูงกว่าการพัฒนา

2.2 ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าการพัฒนา ในด้าน

2.2.1 ความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพ

2.2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

2.2.3 ทักษะการจัดการตนเองตามเงื่อนไขสุขภาพ

2.2.4 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

2.2.5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

2.2.6 การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง

การทบทวนวรรณกรรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

สำหรับนิยามการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญได้ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ดังนี้

WHO (1998) ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า “Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งหมายถึง ทักษะการเรียนรู้ และทักษะทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร ในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี ของบุคคล เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะมีความสามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

Nutbeam (2008) อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นทักษะของบุคคลทั้งทางปัญญาและทางสังคมที่ ชี้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินและใช้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพในวิถีทางเพื่อการสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเพิ่ม ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติ และการมุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพ

Sorensen K, et al. (2012) Health literacy คือ ความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะ ในการ เข้าถึง เข้าใจ ประเมินค่าและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อการให้คุณค่าและตัดสินใจ ในการใช้ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ คงไว้หรือปรับปรุงให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ตลอดชีวิต

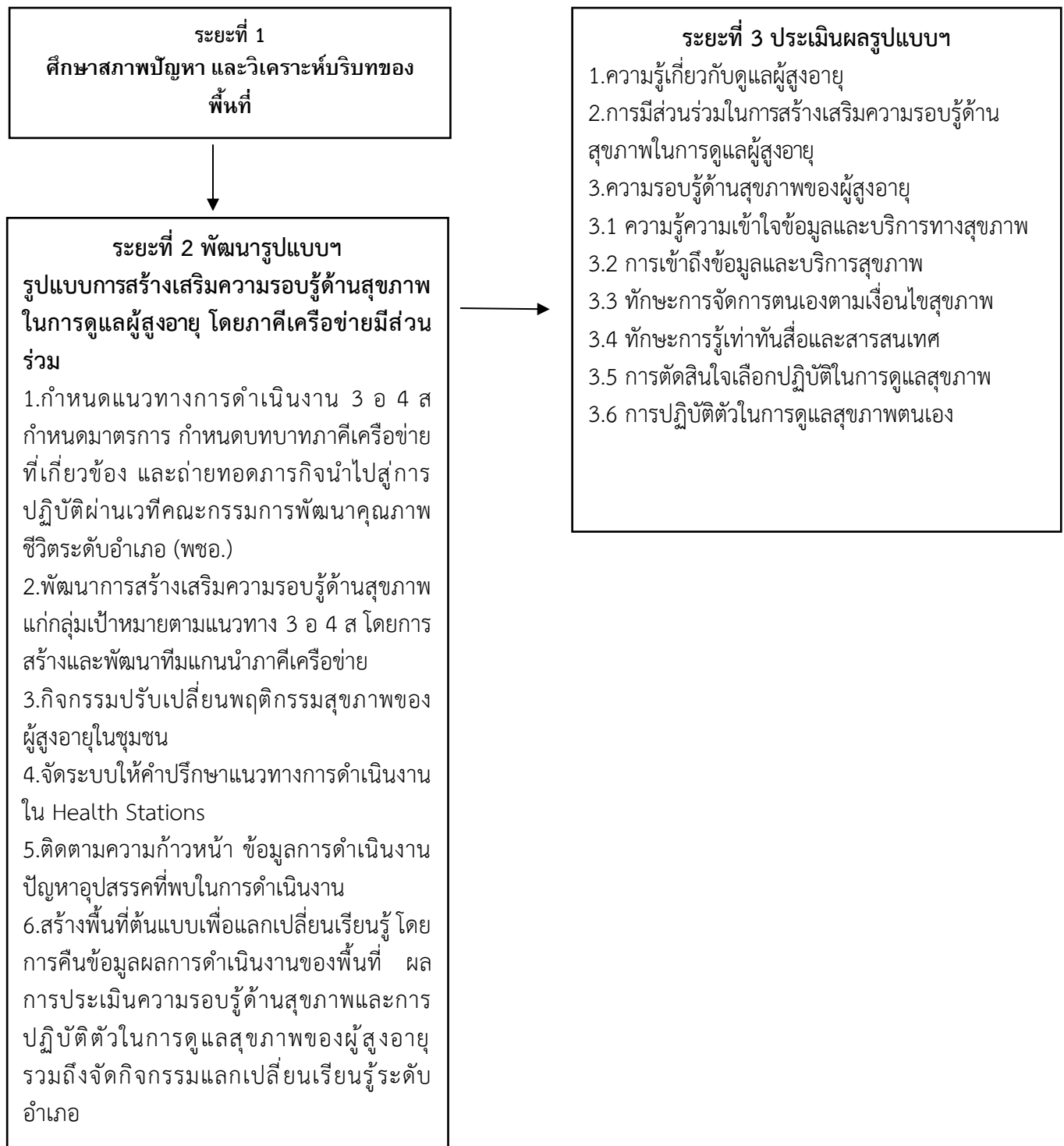
วชิระ เพ็งจันทร์ (2560) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการ เข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบข้อซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เลือกรับบริการเพื่อการ จัดการสุขภาพตนเองได้อย่าง เหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการ จัดการ ตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

โดยสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการบรรลุถึงระดับความรู้ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจ และ ตัดสินใจลงมือปฏิบัติ เพื่อจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิถีชีวิต และสภาพความเป็นอยู่และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ หลักการดำเนินงาน 3 อ 4 ส และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการจัดการตนเอง ตามเงื่อนไขสุขภาพ 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 5)การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 6) การปฏิบัติตัวในการ ดูแลสุขภาพตนเอง ของกองสุศึกษา (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทพื้นที่ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบฯ ดังแสดงในกรอบแนวคิดตามภาพ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดำเนินการ ระหว่างเดือน มกราคม 2567 - ธันวาคม 2567 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทพื้นที่ (ดำเนินการ ระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2567) ประกอบด้วย

1. ศึกษาทบทวน รวบรวมข้อมูลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์บริบทของพื้นที่ และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับภาคีเครือข่าย อสม. ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

3. ถอดบทเรียน วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง สรุปผลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ (ดำเนินการ ระหว่างเดือน มีนาคม-ตุลาคม 2567) ประกอบด้วย

1. นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 ร่วมวางแผน ออกแบบแนวทางหรือกิจกรรมที่ เหมาะสม ผู้วิจัยได้นำผลสรุปในระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบที่ประยุกต์ใช้หลักการดำเนินงาน 3 อ 4 ส และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพ 2)การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3)ทักษะการจัดการตนเองตามเงื่อนไขสุขภาพ 4)ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 5)การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 6) การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ถ่ายทอดตัวชี้วัด แนวทางการดำเนินงาน 3 อ 4 ส กำหนดมาตรการ กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย และเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)

3. ดำเนินการพัฒนาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายตามแนวทาง 3 อ 4 ส โดยการสร้างและพัฒนาทีมแกนนำภาคีเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ปรับปรุงมาตรการ นำรูปแบบไปประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปดำเนินการ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

4. จัดระบบให้คำปรึกษาแนวทางการดำเนินงานพัฒนาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนผ่าน Health Stations

5. ติดตามความก้าวหน้า รายงานการดำเนินงานรอบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน รวบรวมสรุป ข้อมูลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบฯ ดำเนินการ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2567

การสรุปและประเมินผล การพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยวิธีเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ได้แก่ (1) ภาศึเครือข่าย จำนวน 32 คน ประกอบด้วย ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ผอ.รพ.สต. และ อสม. (2) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน

กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้

(1) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) คือ

- 1) เป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือตัวแทนผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) เป็นผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ช่วยผู้ใหญ่ หรือผู้นำชุมชน
- 4) เป็นบุคลากรสาธารณสุข ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย
- 5) ปฏิบัติหน้าที่ในเขตอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ

- 1) เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ
- 2) มีปัญหาทางด้านสุขภาพมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น เจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัด หรือติดเชื้รุนแรง

(2) กลุ่มผู้สูงอายุ

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ

- 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน

เกณฑ์ในการคัดออก

- 1) มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น
- 2) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาศึเครือข่ายมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหา (2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนแบบ มีส่วนร่วม (3) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (5) จัดกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (6) สร้างการมีส่วนร่วมของภาศึเครือข่ายสุขภาพ (7) การประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) มีกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ 3 อ 4 ส ได้แก่ 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 4 ส ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สังคมอบอุ่นและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาศึเครือข่ายมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ 2) กระบวนการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามในการรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา สรุปปัญหา กำหนดแนวทาง กิจกรรม กำหนดมาตรการ ถอดบทเรียน สรุปปัญหาอุปสรรค 3) การ

ประชาคม กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงมาตรการ กิจกรรม ให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ 1) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเองตามเงื่อนไขสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ของภาคีเครือข่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา และตรวจสอบความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC = 1 วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ข้อมูลไม่ต่ำกว่า 0.70 จึงจะถือว่านำไปใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละด้าน มีดังนี้ ความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.70 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ เท่ากับ 0.77 การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.79 การรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.72 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.71 การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ก่อนและหลังพัฒนา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 และช่วงเชื่อมั่น 95%CI ด้วยสถิติ Paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้รับใบรับรองเลขที่ 2/2567 ลงวันที่ 2 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมจากการศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์บริบทของพื้นที่ พบว่า ผู้รับผิดชอบงาน ในระดับอำเภอ และตำบลมีความตั้งใจสูงในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในตัวชีวิตเป็นอย่างดีแต่ไม่สามารถดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจาก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบงานหนึ่งคน ดูแล รับผิดชอบหลายงาน การถ่ายทอดนโยบายในระดับพื้นที่ พร้อมกับการสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานที่เข้มแข็ง มี ระบบกำกับ ติดตามและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งการลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเสริมพลังและ

การให้ คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ และพัฒนาศักยภาพแกนนำในระดับ และตำบลให้มีประสิทธิภาพที่สามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้

การดำเนินงานทำให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการประชุมทีมระบบสุขภาพอำเภอ เดือนละ 1 ครั้ง และคืนข้อมูลการดำเนินงานในแต่ละเดือนร่วมกับภาคีเครือข่าย และชุมชน เกิดผลสำเร็จเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ถ่ายทอดตัวชี้วัด แนวทางการดำเนินงาน 3 อ 4 ส 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 4 ส ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สังคมอบอุ่นและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ กำหนดมาตรการ กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย และเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. ดำเนินการพัฒนาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายตามแนวทาง 3 อ 4 ส โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างและพัฒนาทีมแกนนำภาคีเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก เพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุ ฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้เป็นผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

3. มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1.อาหารดี ชิมก่อนเติมเครื่องปรุง รับประทานผักหลากสีและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ต่อวัน 2.ออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายวันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ 3.อารมณ์ดี ด้วยกิจกรรมเสฟสื่ออย่างสร้างสรรค์ หมั่นทำงานอดิเรก ลงแขกเอาบุญ 1.ส.ไม่สูบบุหรี่ 2.ส.ไม่ดื่มสุรา แอลกอฮอล์ กำหนดมาตรการ ผู้สูงวัย ห่างไกลบุหรี่ และแอลกอฮอล์ โดยงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ วางแผนเลิกบุหรี่ด้วยหลัก 4 ล ได้แก่ ล=เลิกวัน กำหนดวันที่จะเลิกบุหรี่ยิ่งเร็วยิ่งดี ล=ลั่นวาจา บอกเพื่อนและคนในครอบครัวเพื่อขอกำลังใจและแรงสนับสนุน ล=ลาอุปกรณ์ กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ทั้งหมด ล=คิดก่อนลงมือ วางแผนบริหารจัดการ รับมือกับอาการถอนนิโคตินในช่วง 2-3 วันแรกหลังหยุดสูบบุหรี่ และงานบุญปลอดเหล้า 3.ส.สิ่งแวดล้อมดี โดยการรณรงค์จัดสภาพแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชน ป้องกันการพลัดตกหกล้ม การแก้จุดเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และการจัดการขยะ 4.ส.สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี มีสังคมอบอุ่น กำหนดมาตรการสร้างสังคมอบอุ่นมีการนำ 3 เพลง มาเพื่อนรำ ได้แก่ เพลงรำปู่ทูลกระหม่อม เพลงสารคามบ้านเฮา และเพลงตามน้องกลับสารคาม

4. จัดระบบให้คำปรึกษาแนวทางการดำเนินงานพัฒนาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนผ่าน Health Stations

5. เยี่ยมเสริมพลัง ติดตามความก้าวหน้า รายงานการดำเนินงานรอบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน รวบรวมสรุป ข้อมูลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

6. สร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการคืนข้อมูลผลการดำเนินงานของพื้นที่ ผลความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม มีดังนี้

ด้านภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.7 หลังการพัฒนา พบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหลังการพัฒนา ($\bar{X}$ =17.64,SD =

2.03) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{x}$ 13.88 ,SD=2.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (3.35 ถึง 5.52) p-value <0.05 และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.4 หลังการพัฒนา พบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 98.12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($\bar{x}$ =69.50, SD =3.22) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{x}$ =44.81,SD = 3.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (23.94 ถึง 28.03) p-value <0.05

ด้านความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.1 หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (11.47 ถึง 14.20) p-value <0.05

ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.24 หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.67 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (11.27 ถึง 12.30) p-value <0.01

ด้านทักษะการจัดการตนเอง ก่อนการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.45 หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.14 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (3.62-6.17) p-value <0.01

ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.33 หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.59 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (3.90ถึง 7.73) p-value <0.05

ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.47 หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.59 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (1.98 ถึง 5.21) p-value <0.05

ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.63 หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.89 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (21.98 ถึง 35.21) p-value <0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=32)

ค่าคะแนน	$\bar{x}$	SD	Mean	95% CI	t	p-value
Diff						
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล						
ผู้สูงอายุ						
ก่อนพัฒนา	13.88	2.25	4.40	3.35 ถึง 5.52	14.19	<0.05
หลังพัฒนา	17.64	2.03				
การมีส่วนร่วมของภาคี						
เครือข่าย						
ก่อนพัฒนา	44.81	3.82	25.68	23.94 ถึง 28.03	28.41	<0.05
หลังพัฒนา	69.50	3.22				
ความรู้ความเข้าใจด้านการ						
ดูแลสุขภาพ						
ก่อนพัฒนา	11.28	2.49	12.84	11.47 ถึง 14.20	12.62	<0.05
หลังพัฒนา	17.12	3.65				
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ						
ด้านสุขภาพ						
ก่อนพัฒนา	8.62	2.22	11.68	11.27 ถึง 12.30	5.76	<0.01
หลังพัฒนา	16.31	1.87				
ทักษะการจัดการตนเอง						
ก่อนพัฒนา	9.87	3.25	6.16	3.62-6.17	11.12	<0.01
หลังพัฒนา	17.30	2.96				
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการ						
ดูแลสุขภาพ						
ก่อนพัฒนา	13.65	2.32	4.40	3.37 ถึง 5.43	8.71	<0.05
หลังพัฒนา	17.04	2.11				
ทักษะการตัดสินใจเลือก						
ปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแล						
สุขภาพ						
ก่อนพัฒนา	9.78	2.80	24.90	1.98 ถึง 5.21	5.76	<0.05

ค่าคะแนน	$\bar{x}$	SD	Mean Diff	95% CI	t	p-value
หลังพัฒนา	16.94	2.72				
การปฏิบัติตัวในการดูแล						
สุขภาพ						
ก่อนพัฒนา	90. 21	3.48	25.68	21.98 ถึง 35.21	28.41	<0.05
หลังพัฒนา	126. 06	3.67				

อภิปรายผล

ผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหลังการพัฒนาและระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สูงกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงกลไกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคือการศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์บริบทของพื้นที่ การปรับปรุงกิจกรรมที่ดีขึ้น ครอบคลุมขึ้น และอยู่ในรูปแบบใหม่ ที่เหมาะสม คือ การปรับปรุงรูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม 3 อ 4 ส ได้แก่ 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 4 ส ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สังคมอบอุ่นและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ จากการพัฒนารูปแบบ มีการจัดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด การถ่ายทอดนโยบายในระดับพื้นที่ พร้อมกับการสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานที่เข้มแข็ง มีระบบกำกับ ติดตามและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งการลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเสริมพลังและการให้ คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ และพัฒนาศักยภาพแกนนำในระดับอำเภอ และตำบล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย และเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ให้มีประสิทธิภาพที่สามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ของ อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ (2566) อธิบายว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรม ดังกล่าวควรให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนทั้ง เครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน ได้เข้ามามีความร่วมมือนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตั้งแต่การร่วม วิเคราะห์ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมออกแบบกิจกรรม และร่วมทำกิจกรรม พร้อมการคืน ข้อมูลเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม สอดคล้องกับ การศึกษา ของณัฐ จ่ากลาง (2567) อธิบายว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดย การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน เป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินชีวิต ให้ไปสู่การมีสุขภาพะ เป็นการเพิ่มสมรรถนะให้คน ควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ของ โสภณา จิรวงศ์สุรณ และ ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ (2566) พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้น จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเข้าใจบริบทปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุรวมทั้งและเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงความ

รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดจากการดำเนินการพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายตามแนวทาง 3 อ 4 ส โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างและพัฒนาทีมแกนนำภาคีเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก เพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุ ฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้เป็นผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณินทร์ ไชยานุกุล (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การจัดกิจกรรมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุโดยมี อสม.เป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวทางการปฏิบัติตามเพื่อให้สุขภาพดีช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ที่เพิ่มขึ้นสามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI= 1.21-1.27) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุฑามาศ ปุญญประ (2567) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้พนักงานโรงงาน มีความเข้าใจสภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถสืบค้นข้อมูล ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบข้อเท็จจริงของข่าวสารทางสุขภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้านสุขภาพที่ดี ประเมินปัญหาสุขภาพของตนเองและสามารถตัดสินใจเลือกใช้ทักษะต่างๆมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยผ่านการสอนด้วยวิธีการบรรยายและสาธิตร่วมกับการใช้สื่อ เอกสารแผ่นพับ ภาพพลิก Infographic โมเดลอาหารคลิปวิดีโอสื่อออนไลน์รวมทั้ง แอปพลิเคชันในการเข้าถึงความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่พนักงาน หลังเข้าร่วมรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พนักงานโรงงานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญวิภา นิลเนตร และ ญัฐกร นิลเนตร (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานให้สามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายได้โดยพบความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ในระดับไม่ลดลงจากร้อยละ 5.47 เป็นร้อยละ 1.72 และมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น

ค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาแบบฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลเนื่องมาจากการจัดระบบให้คำปรึกษาแนวทางการดำเนินงานพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนผ่าน Health Stations สอดคล้องกับการศึกษา ของกรเกล้า รัตนชาญกร และคณะ (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า การมีแหล่งเรียนรู้และสถานที่ในการจัดกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือจัดเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน เพื่อเป็นสถานที่ ที่ใช้ในการพบปะพูดคุย เพื่อเพิ่มเติม แลกเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพ กับผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง พุ่มประเสริฐ และ สุรัตน์ อนันตสุข (2566) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องก็จะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีด้วย เพราะความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ได้ให้ความสำคัญแค่ความรู้ทางทฤษฎีแต่ยังให้ ความสำคัญถึงการเข้าถึงข้อมูลและนำความรู้ไปปฏิบัติจนกระทั่งเกิดเป็นลักษณะนิสัยที่พึงประสงค์

ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดจากการกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลาย และสอดคล้องกับบริบทชุมชน ได้แก่ 1.อาหารดี ชิมก่อนเติมเครื่องปรุง รับประทานผักหลากสีและผลไม้สดที่ไม่

หวานจัด รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ต่อวัน 2.ออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายวันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ 3.อารมณ์ดี ด้วยกิจกรรมเสฟสื่ออย่างสร้างสรรค์ หมั่นทำงานอดิเรก ลงแขกเอาบุญ 1.ส.ไม่สูบบุหรี่ 2.ส.ไม่ดื่มสุรา แอลกอฮอล์ กำหนดมาตรการ ผู้สู้ง่าย ห่างไกลบุหรี่ และแอลกอฮอล์ โดยงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ วางแผนเลิกบุหรี่ด้วยหลัก 4 ล ได้แก่ ล=เลิกวัน กำหนดวันที่จะเลิกบุหรี่ยิ่งเร็วยิ่งดี ล=ล้นวาจา บอกเพื่อนและคนในครอบครัวเพื่อขอกำลังใจและแรงสนับสนุน ล=ลาอุปกรณ์ กำหนดบุหรี่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ทั้งหมด ล=คิดก่อนลงมือ วางแผนบริหารจัดการ รับมือกับอาการถอนนิโคตินในช่วง 2-3 วันแรก หลังหยุดสูบบุหรี่ และงานบุญปลอดเหล้า 3.ส.สิ่งแวดล้อมดี โดยการรณรงค์จัดสภาพแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชน ป้องกันการพลัดตกหกล้ม การแก้จุดเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และการจัดการขยะ 4.ส.สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี มีสังคมอบอุ่น กำหนดมาตรการสร้างสังคมอบอุ่นมีการนำ เพลงต้นแบบที่เป็นปัจจัยด้านวัฒนธรรม มาพ้อนรำ รวมถึงการติดตามความก้าวหน้า รายงานการดำเนินงานรอบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน รวบรวมสรุป ข้อมูลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) และการสร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการคืนข้อมูลผลการดำเนินงานของพื้นที่ ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อจิต สุพล และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากกิจกรรมเพื่อสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ด้วยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบ การเรียนรู้ด้านสุขภาพที่โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การบรรยายประกอบคู่มือการดูแลตนเอง โปสเตอร์ให้ความรู้ สาธิตการดูแลตนเอง การฝึกเลือกอาหาร ฝึกสติ ฝึกการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณินทร์ ไชยานุกูล (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้านการตัดสินใจ (95% CI = 1.17-1.23) การจัดการตนเอง (95% CI = 1.31-1.33) และความรู้เท่าทันสื่อ (95% CI = 1.13-1.23) (p-value <0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากผู้สูงอายุได้ประเมิน ความเสี่ยงของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองรวมทั้งการ สูบบุหรี่และการดื่มสุรา กิจกรรมที่หลากหลายสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และ ทักษะเพิ่มมากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษา ของกรเกล้า รัตนชาญกร และคณะ (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า อิทธิพลของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการตัดสินใจและทักษะการเลือกปฏิบัติ ซึ่งทักษะด้านนี้เป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมและทักษะที่สั่งสมมา ผู้สูงอายุจึงคิด ตัดสินใจ และเลือกในสิ่งที่ตรงกับความต้องการของตนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของมนต์ชัย โฉมวรรณพันธ์ (2564) ที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี ที่ประกอบด้วยการสำรวจและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การประชุมเพื่อจัดตั้งทีมรับผิดชอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและวางแผนการจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การกำหนดช่วงเวลาในการทำกิจกรรม และการประเมินผล เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p<0.01) และสอดคล้องการศึกษาของเพ็ญวิภา นิลเนตร และ ญัฐกร นิลเนตร (2566) ศึกษาการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า การติดตามความก้าวหน้าและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่ พร้อมจัดระบบให้คำปรึกษา การสร้าง

พื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นจากก่อน ดำเนินการ จากคะแนนร้อยละ 74.75 เป็นร้อยละ 78.24

ข้อเสนอแนะ

1. แม้ว่าผลการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้คะแนนความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเองตามเงื่อนไขสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพื่อให้ทราบความแตกต่างของการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ควรให้มีการนำรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาแล้วไปใช้กับพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นการยืนยันว่ารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยิ่งย่น

เอกสารอ้างอิง

- กรเกล้า รัตนชาญกร, ปาฬินทร์ภู ธานีพันธ์วิภากุล, & เก้ากร รัตนชาญกร. (2023). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 10(1), 85–97.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. โรงพิมพ์นิเวศรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *กลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. <https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/กลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.pdf>
- จุฑามาศ ปุณญปุระ. (2567). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 34(2), 4–11.
- ณัฏ จ่ากลาง. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(1), 645–651.
- ธานินทร์ ไชยานุกุล. (2563). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *Journal of Health Science, Thaksin University*, 2(3), 73–79.
- เพ็ญวิภา นิลเนตร, & ณัฐกร นิลเนตร. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(1), 27–38.
- มนต์ชัย โอฉนวนพันธ์. (2564). รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(1), 15–22.
- มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต. (2566). พัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ ในระบบสุขภาพภาคประชาชน ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างยั่งยืน. <https://www.ocsc.go.th/wp-content/uploads/2024/05/77.pdf>
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). *ความรู้ด้านสุขภาพ*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณศิริ นิลเนตร, & วาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน. (2562). ความรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/OLLJ/article/view/240263/163764>

- วิลม โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, & สายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(2), 112–124.
- สมทรง พุ่มประเสริฐ, & สุรัตน์ อนันตสุข. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 1023–1032.
- สมพร สีดาอ่อน. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=NzM=>
- สายพิน ทับสีรัก, และคณะ. (2568). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 5(3), 647–660.
- สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม. (2566). รายงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2566. <https://mahasarakham.nso.go.th/images/Document/MKM2566/1.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2566). ข้อมูลการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล. <https://hdc.moph.go.th/mkm/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567). นโยบายจังหวัดมหาสารคาม. การประชุมพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน อสค.และ อสม.หมอประจักษ์บ้าน ปิงปประมาณ พ.ศ.2567.
- โสภณา จิรวงศ์นุสรณ์, & ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์. (2566). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุ. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(4), 233–249.
- อติญาณ ศรีเกษตรริน, รวีวรรณ แก้วอยู่, รุ่งนภา จันทรา, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, & เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2ส. ของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 17(3), 40–53.
- เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิงค์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 419–429.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Singhasem, P., Krinara, P., Tiparat, W., & Sukkum, W. (2020). The action research for enhancing health literacy among elderly in Nongtrud Sub-district, Trang Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 29(5), 790–802. Retrieved from <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9469>
- 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO/HPR/HEP/98.1. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64552>