PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 587-598.

ORIGINAL ARTICLE

Effects of a Volunteer-Led Health Literacy Program on Pre-older Adults' Preparedness for Healthy Aging in Chanuman District, Amnat Charoen Province

Uthit Nanthamat, B.Sc. (Community Public Health)[1], Atan Maslong, B.P.H.[2], Apichaya Sopee, B.P.H.[2], Kunthida Nuethong B.P.H.[2], Prasert Prasomruk, Ph.D.[2]

[1]Chanuman Hospital, [2]Mahidol University, Amnat Charoen Campus, Thailand

Corresponding author :
Atan Maslong, B.P.H.
Mahidol University, Amnat Charoen Campus, 259 Moo 13, Chayangkun Road, Non Nam Thaeng Subdistrict, Mueang District, Amnat Charoen Province 37000, Thailand
Email: atan.mas@student.mahidol.edu

Received: December 2, 2025;
Revised: December 25, 2025;
Accepted: March 23, 2026

ABSTRACT

Background: Thailand is entering an aging society, making preparation to reduce dependency necessary. Community Health Volunteers (CHVs) play an important role. This study aims to examine the effects of a CHV capacity development program on knowledge and preparedness behaviors for aging in pre-elderly individuals in Chanuman District, Amnat Charoen.

Design: A quasi-experimental single-group pre-test and post-test design.

Methods: The sample consisted of 68 pre-elderly individuals (aged 55-59 years) in the Chanuman Municipality area, randomly selected from the CHV responsibility list, with 34 individuals (1 CHV per 2 samples). The program included a 12-hour CHV capacity development course, followed by home visits, advice, and empowerment follow-ups on five aspects of aging preparedness over 10 weeks. Data were collected using a questionnaire on knowledge and preparedness behaviors for aging (reliability coefficient = 0.95) and analyzed using descriptive statistics and Paired Samples t-test to compare pre- and post-test means.

Results: The average age of the sample was 56.56 ± 1.52 years. After the intervention, the average knowledge score increased by 1.64±0.46 (95% confidence interval (CI): 1.53-1.75), which was statistically significant ($p < 0.001$). The average preparedness behavior score increased by 1.44 ± 0.64 (95%CI: 1.29-1.59), which was also statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: The CHV capacity development program effectively increased knowledge and promoted preparedness behaviors for aging among pre-elderly individuals. This model should be applied to other population groups in the future.

Keywords: Village Health Volunteers (VHV), health literacy, preparedness, aging, pre-older adults

PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 587-598.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ ในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

อุทิศ นันทะมาตย์, วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)[1], อาตัน มะสลอง, ส.บ.[2], อภิชญา โสภี, ส.บ.[2], กุลธิดา เนื้อทอง, ส.บ.[2], ประเสริฐ ประสมรักษ์, Ph.D.[2]

[1]โรงพยาบาลชานุมาน, [2]มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ผู้รับผิดชอบบทความ:
อาตัน มะสลอง, ส.บ.
มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ 259 หมู่ที่ 13 ถ.ชยางกูร ต.โนนหนาม แท่น อ.เมืองอำนาจเจริญ จ.อำนาจเจริญ 37000, ประเทศไทย
Email: atan.mas@student.mahidol.edu

Received: December 2, 2025;
Revised: December 25, 2025;
Accepted: March 23, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมเพื่อลดการพึ่งพิงจึงจำเป็น ซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุในกลุ่มของวัยก่อนสูงอายุ อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

แบบวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างคือประชากรวัยก่อนสูงอายุ (อายุ 55-59 ปี) จำนวน 68 คน ในเขตเทศบาลตำบลชานุมาน สุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อในคุ้มรับผิดชอบของ อสม. จำนวน 34 คน (อัตราส่วน อสม. 1 คน ต่อกลุ่มตัวอย่าง 2 คน) โปรแกรมประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพ อสม. หลักสูตร 12 ชั่วโมง จากนั้น อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และติดตามเสริมพลังการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ 5 ด้าน (10 สัปดาห์) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56.56 ± 1.52 ปี ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างความรอบรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.64 ± 0.46 (95% confidence interval (CI): 1.53-1.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.44 ± 0.64 (95%CI: 1.29-1.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป: การพัฒนาศักยภาพ อสม.สามารถเพิ่มความรอบรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล และควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรอื่นต่อไป

คำสำคัญ: อสม. ความรอบรู้ การเตรียมความพร้อม ผู้สูงอายุ วัยก่อนสูงอายุ

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.05 พันล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 13.5 ของประชากรโลก) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และจะเพิ่มสูงถึง 2.1 พันล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 21.3) ภายในปี พ.ศ. 2593[1] สำหรับประเทศไทย คาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ภายในปี พ.ศ. 2572-2573 โดยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งประเทศ[2] ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความท้าทายด้านสังคม เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญของชีวิต[3]

องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ลดภาวะพึ่งพิง และป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ[4] การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนปรับตัวได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม[5,6] การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีในระยะยาว[7] มีงานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การป้องกันโรค การจัดการโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น คุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น และอัตราการเสียชีวิตที่ลดลง[8]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังหลักของระบบสาธารณสุขไทยที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในระดับชุมชน การเพิ่มศักยภาพ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญด้านความรอบรู้การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ จะช่วยขยายผลการส่งเสริมสุขภาพไปสู่กลุ่มวัยก่อนสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นการเสริมสร้างขีดความสามารถของ อสม. ให้มีความมั่นใจในการถ่ายทอดองค์ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่[9]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุประกอบด้วยด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี โดยเฉพาะกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ 45-59 ปี จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะและวางแผนชีวิตล่วงหน้าเพื่อคงคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว[10-12] อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ กำหนดนิยาม “กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ” หมายถึง บุคคลอายุ 55-59 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ใกล้การเข้าสู่วัย 60 ปีอย่างแท้จริง และเป็นช่วงเวลาที่การเตรียมความพร้อมมีผลต่อการปรับตัวและคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังสอดคล้องกับบริบทเชิงประชากรและข้อมูลทะเบียนราษฎร์ในพื้นที่ศึกษา ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบที่ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญและมีการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ วิธีการรูปแบบโปรแกรมมีความหลากหลายตั้งแต่การฝึกอบรมเชิงทักษะระยะสั้น วิธีการเสริมความเข้มแข็งของ อสม. การใช้เทคโนโลยีเพื่อประสานงานและกิจกรรมเชิงชุมชนที่ร่วมออกแบบกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[13,14] วิธีที่ได้ผลที่สุดคือ การสร้างความรอบรู้ ฝึกทักษะและสร้างความเชื่อมั่นให้ อสม. สามารถนำความรู้ ทักษะไปบอกต่อแก่กลุ่มเป้าหมาย

สำหรับในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าประชากรวัยก่อนสูงอายุ (อายุ 55-59 ปี) มีสัดส่วนร้อยละ 8.7 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี[15] จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้กลุ่มวัยดังกล่าวมีความรู้และทักษะในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะผ่านกลไกของ อสม.ในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้นำสุขภาพชุมชนที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของ อสม. ต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการเตรียมความสู่วัยผู้สูงอายุในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เพื่อให้ได้แนวทางนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยก่อนสูงอายุให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมก่อนก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งผลให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุจะมีความรอบรู้และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง one-group pretest-posttest quasi-experimental design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยก่อนผู้สูงอายุ (อายุระหว่าง 55-59 ปี) ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลชานุมาน ซึ่งมีจำนวน 278 คน จาก 3 หมู่บ้าน ดำเนินการศึกษาทั้ง 3 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1 จำนวน 78 คน หมู่ที่ 5 จำนวน 90 คน และหมู่ที่ 8 จำนวน 110 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80.0 โดยอ้างอิงพารามิเตอร์จากการศึกษาของประพัฒสร ไสวเวียง[16] ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 3.52 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างเท่ากับ 4.03 (ความแปรปรวนเท่ากับ 16.26) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 11 คน เมื่อคิดอัตราการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 22 คน ทั้งนี้ ในการศึกษานี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจริงรวมทั้งสิ้น 68 คน

เกณฑ์คัดเข้า (inclution criteria)

1. มีอายุระหว่าง 55-59 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ
2. มีสมาร์ทโฟนระบบ IOS หรือ Android ที่สามารถในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้
3. ต้องได้รับการยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclution criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพสายตาและการได้ยิน เช่น การมองเห็น
2. ไม่สามารถใช้งานแอพพลิเคชั่นดูแลด้านสุขภาพ
3. มีความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

การสุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster sampling) โดยศึกษาใน 3 หมู่บ้านในเขตเทศบาล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งชุมชน ซึ่ง 3 หมู่บ้านมี อสม. จำนวน 34 คน กำหนดให้ อสม. 1 คน ดูแลกลุ่มตัวอย่าง 2 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อกลุ่มวันก่อนผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. ได้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการทดลอง

ขั้นที่ 1 พัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญความรอบรู้การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ หลักสูตร 12 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 1-2) โดยมี 5 สาระการเรียนรู้ ได้แก่ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยมีการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยใช้แบบทดสอบความรู้และทักษะด้านการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ โดย อสม. ต้องได้คะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 60.0

ขั้นที่ 2 การมอบหมายภารกิจ (เริ่มติดตามสัปดาห์ที่ 3-12) กำหนดให้ อสม. ที่ผ่านการอบรมเยี่ยมบ้านให้แนะนำปรึกษากลุ่มเป้าหมายในคุ้มที่รับผิดชอบ ใน 5 ด้าน สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีและนวัตกรรม และบันทึกการติดตามในสมุดประจำตัวกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้าน	กิจกรรม	กำกับติดตาม
1. สุขภาพ	การออกกำลังกาย สอนท่าออกกำลังกายให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินกิจกรรมทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ช่วงเย็น	ถ่ายภาพกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและส่งรายงานผ่านไลน์
2. สังคม	การจัดกิจกรรมพบปะเพื่อนเก่า/เพื่อนร่วมงาน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสนทนาเชิงสร้างสรรค์ และนันทนาการร่วมกัน	ถ่ายภาพกิจกรรมและส่งไลน์เดือนละ 2 ครั้ง จัดเก็บเป็นอัลบั้มเพื่อใช้เป็นหลักฐานประเมินผล
3. เศรษฐกิจ	การจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายส่วนบุคคล แจกสมุดวางแผนการเงินเบื้องต้นและแบบฝึกการออม	กิจกรรมการจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายส่วนบุคคล แจกสมุดวางแผนการเงินเบื้องต้นและแบบฝึกการออม
4. ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	การจัดบ้านให้เป็นระเบียบและปลอดภัย จัดพื้นที่อยู่อาศัยเพื่อลดความเสี่ยงอุบัติเหตุและปัญหาสุขาภิบาล	ถ่ายภาพก่อน-หลังการจัดบ้าน ตรวจเยี่ยมและประเมินผลเดือนละ 2 ครั้ง
5. เทคโนโลยีและนวัตกรรม	การแชร์ข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การดูแลตนเอง โภชนาการ การป้องกันโรค หรืออัดคลิปแนะนำตัวลงโซเชียล	ส่งลิงก์หรือหลักฐานการเผยแพร่ในไลน์เดือนละ 2 ครั้ง อสม. ติดตามและรายงานผลในกลุ่ม

ขั้นที่ 3 การติดตามผลการปฏิบัติงาน (สัปดาห์ที่ 3-12 โดยติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) อสม. ผ่านการรายงานผลประจำเดือนในช่องทางไลน์กลุ่มและติดตามโดยการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากภาคปฏิบัติจริงทุก 1 เดือน

ขั้นที่ 4 การสร้างแรงจูงใจ (ปลายสัปดาห์ที่ 12) โดยมอบเกียรติบัตรรับรองการผ่านหลักสูตร และประกาศเกียรติคุณแก่ อสม. ที่มีผลงานโดดเด่น

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่ในครอบครัว จำนวนบุตร ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ ของกลุ่มวัยวัยก่อนสูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยการแปลผลตามเกณฑ์ (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด)/อันตรภาคชั้น ดังนี้[17] ได้แก่ มีความรอบรู้หรือพฤติกรรมระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) มีความรอบรู้หรือพฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.66) และมีความรอบรู้หรือพฤติกรรมระดับสูง (3.67-5.00)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบโดยใช้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ได้เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปการทดสอบในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่ตำบลชานุมาน นอกเขตเทศบาล จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Coefficiant Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมตลอดการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ ก่อนการมอบหมายและกำกับติดตาม และดำเนินการอบรม อสม. ด้วยกิจกรรมตามคู่มือหลักสูตรทั้งหมด 12 ชั่วโมง เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ หลังจากที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพและมอบหมายหน้าที่ตามหลักสูตร 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง ให้คำแนะนำ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดย อสม. และกำกับติดตามต่อเนื่องจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตาม แบบแผนการดำเนินการทดลองตามรายละเอียดกิจกรรม โดยเก็บข้อมูลก่อนได้รับการเยี่ยมดูแลโดย อสม. และเก็บข้อมูลหลังได้รับการดูแลครบ 10 สัปดาห์

4. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผู้ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความความรอบรู้และพฤติกรรมด้านการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยสถิติ Paired sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 36/2568 ลงวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 มีอายุเฉลี่ย 56.56±1.52 สมรสแล้ว ร้อยละ 51.5 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.4 มีบุตรจำนวน 2 คน ร้อยละ 35.4 เป็นเจ้าของบ้าน ร้อยละ 72.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 23.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.4 เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

2.ความรอบรู้การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่สูงสุดคือ การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 (SD = 0.29) รองลงมา คือ การบอกต่อในการป้องกันสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (SD = 0.30) และความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 2.38 (SD = 0.25) หลังการทดลอง พบว่าระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ± 0.52 ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.77 ± 0.57 (95% confidence interval (CI): 1.63-1.91) และ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 4.11 (SD = 0.25) ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 ± 0.50 (95%CI: 1.61-1.85) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เท่ากับ 4.06 (SD = 0.47) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 (SD = 0.16) โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.64 ± 0.46 (95%CI: 1.53-1.75) โดยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในพื้นที่อำเภอชานุมาจังหวัดอำนาจเจริญ (n=68)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	47 (69.1)
ชาย	21 (30.9)
อายุ	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	56.56 (1.52)
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	55-59
สถานภาพสมรส	
สมรส	35 (51.5)
โสด	21 (30.9)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	12 (17.6)
สถานภาพการอยู่ในครอบครัว	
เป็นหัวหน้าครัวเรือน	39 (57.4)
สามี/ภรรยาของหัวหน้าครัวเรือน	20 (29.4)
บิดา/มารดาของหัวหน้าครัวเรือน	3 (4.4)
อื่น ๆ	6 (8.8)
จำนวนบุตร	
ไม่มีบุตร	20 (29.4)
1 คน	12 (17.6)
2 คน	24 (35.4)
3 คนขึ้นไป	12 (17.6)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.41 (1.10)
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	0-3
ที่อยู่อาศัย	
เจ้าของบ้าน	49 (72.1)
อาศัยอยู่กับครอบครัว/ผู้อื่น	17 (25.0)
อื่น ๆ	2 (2.9)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	16 (23.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	14 (20.6)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	16 (23.5)
อนุปริญญา/ปวส.	5 (7.4)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5 (7.4)
ไม่ได้รับการศึกษา	12 (17.6)
อาชีพ	
เกษตรกร(ทำนา ทำไร่ ทำสวน)	37 (54.4)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10 (14.7)
พนักงานบริษัทเอกชน/ลูกจ้างราชการและรัฐวิสาหกิจ	9 (13.2)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (7.4)
รับจ้างทั่วไป	5 (7.4)
อื่น ๆ	2 (2.9)

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในพื้นที่อำเภอชานุมาจังหวัดอำนาจเจริญ (n=68) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
ระหว่าง ไม่เกิน 5,000 บาท	37 (54.4)
ระหว่าง 5,001-9,999 บาท	20 (29.4)
ตั้งแต่ 10,000 บาท ขึ้นไป	11 (16.2)
มัธยฐาน (IQR)	4,251
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	(IQR=4,582)
ประสบการณ์การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	3,000-10,000
เคย	44 (64.7)
ไม่เคย	24 (35.3)

3. พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

เมื่อพิจารณาความรอบรู้การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุในแต่ละด้านของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านที่มีผลต่างของค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสังคม เพิ่มจาก 2.36 (SD = 0.38) เป็น 3.89 (SD = 0.65)) ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.53 ± 0.83 (95%CI: 1.33-1.73) ส่วนด้านที่มีผลต่างของค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ซึ่งก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.36 (SD = 0.35) หลังการทดลองเพิ่มเป็น 3.63 (SD = 0.78) ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.26 ± 0.84 (95%CI: 1.06-1.46) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเตรียมพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เท่ากับ 3.84 (SD = 0.56) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (SD = 0.21) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 ± 0.64 (95%CI: 1.29-1.59) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบความรอบรู้การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ โดยรวมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง (n=68)

ความรอบรู้การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		D̄	SD	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD̄	$\bar{X}$	SD					
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	2.38	0.27	4.08	0.65	1.71	0.66	1.55-1.87	21.44	< 0.001
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	2.38	0.25	4.11	0.25	1.73	0.50	1.61-1.85	28.73	< 0.001
3. การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	2.37	0.32	4.14	0.52	1.77	0.57	1.63-1.91	25.66	< 0.001
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	2.49	0.29	4.09	0.57	1.60	0.59	1.44-1.72	22.01	< 0.001
5. การเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเอง	2.49	0.28	4.17	0.60	1.67	0.63	1.52-1.82	21.96	< 0.001
6. การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	2.40	0.30	3.76	0.68	1.36	0.68	1.20-1.52	16.51	< 0.001
รวม	2.42	0.16	4.06	0.47	1.64	0.46	1.53-1.75	29.07	< 0.001

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบพฤติกรรมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ รายด้านก่อนและหลังการทดลอง (n=68)

พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		D̄	SD	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD̄	$\bar{X}$	SD					
1. ด้านสุขภาพ	2.49	0.31	3.97	0.62	1.48	0.75	1.30-1.66	16.33	< 0.001
2. ด้านสังคม	2.36	0.38	3.89	0.65	1.53	0.83	1.33-1.73	15.12	< 0.001
3. ด้านเศรษฐกิจ	2.37	0.40	3.86	0.70	1.49	0.90	1.27-1.71	13.70	< 0.001
4. ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	2.42	0.44	3.84	0.67	1.42	0.81	1.22-1.62	14.47	< 0.001
5. ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม	2.36	0.35	3.63	0.78	1.26	0.84	1.06-1.46	12.32	< 0.001
รวม	2.40	0.21	3.84	0.56	1.44	0.64	1.29-1.59	18.40	< 0.001

วิจารณ์

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ได้รับการดูแลกำกับติดตามที่บ้าน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.1 มีอายุเฉลี่ย 56.56 ± 1.52 ปี และมีรายได้มัธยฐาน 4,251 บาทต่อเดือน (IQR = 4,582 บาท) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภานุวัฒน์ มีชะนะ และคณะ18 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.3 มีอายุเฉลี่ย 54.98 ปี และมีรายได้เฉลี่ย 5,154 บาท แม้ว่างานวิจัยดังกล่าวจะรายงานรายได้เฉลี่ย ขณะที่การศึกษาครั้งนี้รายงานค่ามัธยฐานเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นปกติ แต่ผลลัพธ์สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่ชนบทมีลักษณะประชากรพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน โดยมีแนวโน้มเป็นเพศหญิงและมีรายได้อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย

2. ผลของความรอบรู้การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ในการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยอาสาสมัคร อสม. เชี่ยวชาญ โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.42 ± 0.16 เป็น 4.06 ± 0.47 ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.64 ± 0.46 (95%CI: 1.53-1.75) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่รายงานว่าการฝึกอบรมและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพระดับชุมชนสามารถเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[19,20] รวมถึงงานวิจัยภายในประเทศที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มทั้งความรู้และ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ[21] เมื่อพิจารณาความรอบรู้รายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนผลต่างเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน (ผลต่างเท่ากับ 1.77 ± 0.57) ซึ่งอธิบายได้จากกลไกของโปรแกรมที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมการเยี่ยมบ้าน และการติดตามอย่างใกล้ชิดของ อสม. ที่กระตุ้นให้เกิดการซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครัวเรือน ในขณะที่ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เป็นด้านที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงที่สุด (เท่ากับ 4.17 ± 0.60) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงกลไกทางพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ผ่านการสนับสนุนทางสังคมจาก อสม. และครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพชุมชนมีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน[19-21] ผลการศึกษานี้สะท้อนว่า อสม. ทำหน้าที่ไม่เพียงเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ แต่เป็น “behavioral change agent” ในระดับครัวเรือน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน (Primary Care and Family Medicine, PCFM) อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมตามคู่มือหลักสูตรที่กำหนดไว้เพียง 10 สัปดาห์ ถือว่าค่อนข้างสั้นสำหรับการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ในระดับสูง โดยเฉพาะในมิติที่ต้องอาศัยการฝึกฝนและการสะสมประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผลลัพธ์ที่พบอาจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มต้น (initial change) และควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้และการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

3. ผลของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ผลการวิจัยก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (2.40 ± 0.21) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิณี สำเภา และปวีณา ลิมปิทีปราการ[23] และรัชกฤช สำมะเณร[24] อย่างไรก็ตาม ความพร้อมด้านเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำกว่าที่รายงานโดยเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์[25] ภายหลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็น 3.84 ± 0.56 ($p < 0.001$) สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมแทรกแซงแบบกึ่งทดลอง โดยผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Downing & Thackrey[26] ที่ระบุว่าความพร้อมของบุคคลเป็นผลจากการพัฒนาในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้จากกลไกทางพฤติกรรมศาสตร์ ได้แก่ การเพิ่มแรงจูงใจภายในจากการได้รับข้อมูลที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทชุมชน การได้รับแรงเสริมทางสังคมจาก อสม. และการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากกิจกรรมเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดอุปสรรคในการเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

4. มิติของพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากและน้อย .เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีผลต่างคะแนนเพิ่มขึ้นสูงที่สุด คือ ด้านสังคม (เพิ่มขึ้น 1.53 ± 0.83) และด้านเศรษฐกิจ (เพิ่มขึ้น 1.49 ± 0.90) ซึ่งเป็นผลจากการได้รับแรงเสริมทางสังคม การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเพื่อน และการฝึกทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายที่เห็นผลลัพธ์เป็นรูปธรรม ขณะที่ด้านสุขภาพ แม้จะมีผลต่างเพิ่มขึ้นรองลงมา (เพิ่มขึ้น 1.48 ± 0.75) แต่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (เท่ากับ 3.97 ± 0.62) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพสีสลัลณ์ ธำรงศ์วรกุล[27] และบรรลุ ศิริพานิช[28] ขณะที่ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม แม้ค่าเฉลี่ยจะเพิ่มจาก 2.36 (SD = 0.35) เป็น 3.63 (SD = 0.78)) ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.26 ± 0.84 (95%CI: 1.06-1.46) แต่มีผลต่างต่ำที่สุด ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านทัศนคติ ความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี อายุ และปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ[29-33] ในประเด็นบริบทของชุมชน การศึกษานี้พบตามข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กึ่งเมืองมีแนวโน้มเข้าถึงทรัพยากรและแหล่งข้อมูลได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมิได้สรุปในเชิงเหมารวมว่าชุมชนเมืองมีความพร้อมมากกว่าชุมชนชนบทในทุกมิติ เนื่องจากยังมีปัจจัยเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุควรออกแบบกิจกรรม

ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีที่ควรมีการฝึกอบรม การสนับสนุน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจในการนำไปใช้จริง

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยหลักสูตรความรอบรู้ด้านการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ ส่งผลให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีระดับความรอบรู้และพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองด้าน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องโดยตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยทั้งสองข้อ คือ ความรอบรู้และพฤติกรรมด้านการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนา อสม. เป็นกลไกสำคัญของชุมชนที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่ทั้งด้านความเข้าใจ ทักษะการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุโดย อสม. ช่วยเพิ่มความรอบรู้และพฤติกรรมการเตรียมตัวของกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน จึงควรนำไปปรับใช้ในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการและสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงโต้ตอบ โดยให้ อสม. กระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและซักถาม เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุในหลายมิติ
3. ขยายและปรับปรุงกิจกรรมด้านเทคโนโลยี ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ประชากรวัยก่อนสูงอายุสามารถพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีและเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุได้อย่างรอบด้าน
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข บูรณาการหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. นี้เข้ากับแผนงานหลัก เช่น แผนงานดูแลระยะยาว (long term care; LTC) แผนงานกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCD) หรือโครงการ Healthy Aging

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบและขยายระยะเวลาการศึกษาเพิ่มขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้และการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุ
2. ควรใช้วิธีประเมินทั้งคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่สามารถปรับใช้ได้หลากหลายบริบท เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท หรือกลุ่มวัยทำงาน

ข้อจำกัดจากการวิจัย

1. การศึกษานี้ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (one-group pretest-post-test design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนภายนอกหรือบริบทแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างช่วงเวลาการทดลองได้อย่างสมบูรณ์
2. ข้อมูลความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้มาจากการประเมินตนเอง (self-report) ผ่านแบบสอบถาม ซึ่งอาจเกิดความเอนเอียงในการตอบ (social desirability bias) หรือความคลาดเคลื่อนในการระลึกพฤติกรรมจริงของกลุ่มตัวอย่าง
3. แม้ อสม. จะผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานเดียวกัน 12 ชั่วโมง แต่ความเชี่ยวชาญ ทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพส่วนบุคคลของ อสม. แต่ละคนอาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความเข้มข้นและความสม่ำเสมอในการถ่ายทอดองค์ความรู้และการเยี่ยมบ้าน
4. การประเมินผลหลังการทดลองดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งสะท้อนเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระดับความรอบรู้ในระยะเริ่มต้นเท่านั้น การศึกษานี้จึงยังไม่สามารถยืนยันความคงอยู่หรือความยั่งยืนของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุในระยะยาวได้

Highlights

1. ความรอบรู้ของวัยก่อนสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับการติดตามจาก อสม.

2. พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างชัดเจนภายหลังการแทรกแซง

3. การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. 12 ชั่วโมง ช่วยเตรียมความพร้อม อสม. ให้สามารถลงพื้นที่ติดตามและส่งเสริมความรอบรู้ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. รูปแบบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยการติดตามของ อสม. เป็นการติดตามปฏิบัติตามคำแนะนำ

5. ในด้านการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และมีแบบบันทึกการติดตาม เพื่อการกำกับโดยบุคลากรสาธารณสุข

กิตติประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชานุมานและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อันเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณ อสม. และกลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2020 highlights (ST/ESA/SER.A/451). New York: United Nations; 2020.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
3. Ministry of Public Health (Thailand). Prevention and control of noncommunicable diseases: the case for investment. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021.
4. World Health Organization. Global report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. World Bank. World Bank support to aging countries: an independent evaluation. Washington (DC): World Bank Group; 2021.
6. Donovan NJ, Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a National Academies report. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28:1233-44.
7. Barbaccia V, Bravi L, Murmura F, Savelli E, Viganò E. Mature and older adults' perception of active ageing and the need for supporting services: insights from a qualitative study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(13):7660.
8. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155:97-107.
9. นพวรรณ เลิศผสมสิทธิ์, เชาวฤทธิ์ เชาว์แสงรัตน์, อำนวย บุญรัตนไมตรี, ชัชวาล ทองแสงล้วน. การเตรียมความพร้อมการรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบลของประเทศไทย. วารสารดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์. 2566;13:341-50.
10. Banerjee A, Duflo E, Grela E, McKelway M, Schilbach F, Sharma G, et al. Depression and loneliness among the elderly in low- and middle-income countries. J Econ Perspect. 2023;37:179-202.
11. Button M, Karagiannopoulos V, Lee J, Suh JB, Jung J. Preventing fraud victimisation against older adults: towards a holistic model for protection. Int J Law Crime Justice. 2024;77:100672.
12. McMaughan DJ, Oloruntoba O, Smith ML. Socioeconomic status and access to healthcare: interrelated drivers for healthy aging. Front Public Health. 2020;8:231.
13. Langgapin S, Boonchieng W, Chautrakarn S, Maneeton N, Senawan S. Effectiveness of the Buddhist-based elderly mental health counseling training program for Thai health volunteer monks. Religions. 2024;15:1472.
14. ธนิต โตอดิเทพย์. กลไกของการพัฒนาผู้สูงอายุในท้องถิ่น: กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28:120-40. [?]
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. รายงานสถิติประชากรและข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ จังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ; 2566.
16. ประพัฒสร ไสวเวียง. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10. 2566;11:41-55.
17. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8:250-62.
18. ภานุวัฒน์ มีชะนะ, ณิชชาภัทร ขันสาคร, ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, ทัศนีย์ รวิวรกูล, เพ็ญศรี พิชัยสนิธ. การเตรียมความ

พร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11:259-71.
19. Asgharian F, Vizeshfar F, Keshtkaran Z. Active aging education: an effective tool for enhancing knowledge and attitudes of health volunteers: a clinical trial study. BMC Geriatr. 2025;25:89.
20. Marshall N, Butler M, Lambert V, Timon CM, Joyce D, Warters A. Health literacy interventions and health literacy-related outcomes for older adults: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2025;25:319..
21. Pooseesod K, Saita S, Vittaporn S, Longkul J, Changkwanyeun R, Choochouy N, et al. Effectiveness of a health literacy enhancement program for older adults in Northern Thailand. J Health Res. 2024;38:330-40.
22. Dong Q, Liu T, Liu R, Yang H, Liu C. Effectiveness of digital health literacy interventions in older adults: single-arm meta-analysis. J Med Internet Res. 2023; 25:e48166.
23. สาวิณี สำเภา, ปวีณา ลิมปิทีปราการ. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์. ใน: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 14; 2566. หน้า 1288-303.
24. รัชกฤช สำมะเณร, ธัชกร ธิติลักษณ์. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหลังเกษียณ: กรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารดิจิทัล ธุรกิจ และสังคมศาสตร์. 2566; 9(1):JDB0007.
25. เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์, วรารัตน์ เหล่าสูง, วริยา บุญทอง, เสาวลักษณ์ ท้วมเจริญ. การเตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุของวัยทำงานตอนปลาย เขตสุขภาพที่ 6. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 6; 2562.
26. Downing RO, Thackrey RL. The older adult: implications for counseling. Pers Guid J. 1971;50:237-42.
27. พีสสลัลณ์ ธำรงศ์วรกุล. ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและเจตคติต่อการปรึกษา: กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อไวรัสโคโรนา. วารสารรามคำแหง ฉบับรัฐประศาสนศาสตร์. 2565;5:172-98.
28. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2542.
29. Yap YY, Tan SH, Choon SW. Elderly's intention to use technologies: a systematic literature review. Heliyon. 2022;8(1):e08765.
30. Fox G, Connolly R. Mobile health technology adoption across generations: narrowing the digital divide. Inf Syst J. 2018;28:995-1019.
31. Ferguson L, Kürüm E, Rodriguez TM, Nguyen A, Queiroz IFL, Lee J, et al. Impact of community-based technology training with low-income older adults. Aging Ment Health. 2024;28:638-45.
32. Ngiam NHW, Yee WQ, Teo N, Yow KS, Soundararajan A, Lim JX, et al. Building digital literacy in older adults of low socioeconomic status in Singapore (Project Wire Up): nonrandomized controlled trial. J Med Internet Res. 2022;24(12):e40341.