

# ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี

## Effectiveness of a Health Literacy and Health Behavior 3E 2S

## Enhancement Program among Elderly in Pathum Thani Province

อัษฎาวุธ โยธาสูป<sup>1\*</sup>, เจริญชัย อึ้งเจริญสุข<sup>1</sup> ภาควุมิ อุณหเลขจิต<sup>2</sup>

Aussadawut Yothasupap<sup>1\*</sup>, Jaroenchai Ungcharoensuk<sup>1</sup>, Pakpoom Ounhalekjit<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดปทุมธานี สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้ทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยโปรแกรมเป็นแผนกิจกรรมการเรียนรู้เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independence t – test และ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ก่อนทดลองความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักตามหลัก 3อ.2ส. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มทดลองแต่ละระยะ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ระยะติดตามสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และก่อนใช้รูปแบบตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

### Citation:

Yothasupap A, Ungcharoensuk J, Ounhalekjit P. Effectiveness of a health literacy and health behavior 3e 2s enhancement program among elderly in pathum thani province. Health Sci J Thai 2025; 7(2): 16-24. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i1.272281>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี 13180

<sup>2</sup> คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี 12000

<sup>1</sup> Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathumthani, 13180, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University, Pathumthani, 12000, Thailand

## Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a program designed to promote health literacy and health behavior according to the 3E 2S principles for the elderly in Pathum Thani Province. This was a quasi-experimental study. The sample consisted of elderly individuals aged 60 years and over in Pathum Thani Province. A total of 80 participants were randomly selected using multi-stage sampling, divided into 40 individuals in the experimental group and 40 in the control group. The program consisted of a learning activity plan lasting 8 weeks, with a follow-up period of 12 weeks. The researcher specifically selected the experimental group. The research instrument was a questionnaire. Statistical analyses used included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and repeated measures analysis of variance. The results of the study found that comparing health literacy and health behavior between the experimental and comparison groups at each time period, it was found that before the experiment, health literacy and health behavior were not different. After participating in the program for 8 weeks and following up for 12 weeks, the experimental group and comparison group had health literacy and health behavior according to the principles of 3A.2S. They were significantly different at the 0.05 level. And comparing health literacy and health behavior according to the principles of 3A.2S in each experimental group. It was found that health literacy and health behavior according to the principles of the 12-week follow-up period were higher than after using the 8-week model and before using the model, respectively at the statistical significance level of 0.05.

**Keywords:** Elderly, Health literacy, Health behaviors 3E 2S

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุหลักมาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยรักษาโรคและการพัฒนางานด้านสาธารณสุขที่ต่อเนื่อง ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคต่างๆ และประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในปี 2564 มีร้อยละ 18.30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี 2564 และเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี 2574 โดยจะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.00 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและเศรษฐกิจของประเทศ รวมถึงคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ และมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ การเป็นโรคเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เพิ่มภาระการดูแลจากครอบครัว อีกทั้งยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและรายได้หลังเกษียณ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด กังวล และภาวะซึมเศร้า<sup>(1)</sup>

จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 216,875 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ<sup>(2)</sup>

ซึ่งเป็นไปตามการคาดการณ์ของแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน และเท่าเทียมภายใต้นโยบายประเทศไทย 4.0 ได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ<sup>(3)</sup> แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพนี้ไม่เพียงให้ประชาชนเข้าถึงบริการเท่านั้นแต่ประชาชนต้องพัฒนาตนเองจากภายในให้เข้มแข็งโดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น เข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ มีการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลและสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ซึ่งหากได้รับการส่งเสริมจะมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ส่งผลให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สำคัญทั้งในระดับบุคคลและสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้และใช้ข้อมูลนั้นเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี<sup>(4)</sup> การที่บุคคลสามารถเข้าใจผลกระทบด้านสุขภาพจะช่วยให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นรากฐานสำหรับสุขภาพที่ดีแต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง, เพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจในการดูแล

สุขภาพ และยังสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ หากพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไปถึงระดับวิจารณ์ญาณ จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์และตัดสินใจในเรื่องสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>(5)</sup> ที่ได้พัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบจำลอง V-shape เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. มีประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งความรู้ทางสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์<sup>(6)</sup> การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งประกอบด้วย อาหารที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดี การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับวัย การจัดการอารมณ์เพื่อสุขภาพจิตที่ดี การลดละเลิกการสูบบุหรี่และการลดละเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ช่วยลดภาระในการดูแลและการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก

จากฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 110,246 คน โดยอำเภอลำลูกกาเป็นอำเภอในจังหวัดปทุมธานีที่มีจำนวนประชากร 151,015 คน ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา และรับจ้าง เป็นต้น สำหรับในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 22,384 คน คิดเป็นร้อยละ 14.82 ของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี<sup>(7)</sup> จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี ปี 2566 พบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 2.51 และพบความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตลอดจนข้อเข่าเสื่อม และภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นส่งผลต่อความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนตามมา<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองจะส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการนำข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ซึ่งส่งผลทำให้มีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง<sup>(9)</sup> ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีส่งผลต่อสถานะสุขภาพขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้นและนำไปสู่การพึ่งพาบริการทางการแพทย์มากขึ้น<sup>(10)</sup> ดังนั้นการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีความรู้ที่ดีจะส่งเสริม

ให้มีสุขภาพดีขึ้น<sup>(11)</sup> ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในอำเภอลำลูกกาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี

### วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2567

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดปทุมธานี และดำเนินการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power<sup>(12)</sup> โดยกำหนด Means : Difference between two dependent means (Matched pair) โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.50, err prop เท่ากับ 0.05, power เท่ากับ 0.90 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 36 คน และทดแทนการสุ่มหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) แบ่งหน่วย Cluster unit ในระดับอำเภอทั้งหมด 7 อำเภอ 2) สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากมา 1 อำเภอ คือ อำเภอลำลูกกา 3. แบ่งหน่วย Cluster unit ในระดับตำบลทั้งหมด 8 ตำบล 4) สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากมา 2 ตำบล ดังนี้ กลุ่มทดลอง คือ ตำบลลำไทร กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ตำบลพิชอุดม 5) สุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแบบเฉพาะเจาะจงตามความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ครบทุกครั้งตามแผนที่กำหนด 2) อ่านออกเขียนได้ 3) ไม่ติดเตียง 4) สมรรถภาพเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดผู้ออก 1) อุดมภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ขึ้นไป 2) มีอาการไอน้ำหนัก เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย อย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และประยุกต์ใช้จากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกรมอนามัย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมฐาน 1 “เข้าถึงสุขภาพตามหลัก หลัก

3อ.2ส.” กิจกรรมฐาน 2 “แลกเปลี่ยนสื่อสารสุขภาพหลัก 3อ.2ส.” กิจกรรมฐาน 3 “ตัดสินใจสร้างแผนสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.” กิจกรรมฐาน 4 “รู้จัก รู้จริงด้านสุขภาพ” กิจกรรมฐาน 5 “พฤติกรรมสุขภาพนำสู่ตามหลัก 3อ.2ส.” 2. แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และสิทธิการรักษาพยาบาล ความสามารถส่วนบุคคล (ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี) เป็นแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยใช้แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง 2561 พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสถาบันพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร<sup>(6)</sup> แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ด้านการสื่อสารสุขภาพ 4) ด้านการจัดการตนเอง 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

การแปลผล ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 6 คะแนน การแปลผล ระดับไม่ถูกต้อง (คะแนน 0-3.59) ระดับถูกต้องบ้าง (คะแนน 3.60-4.19) ระดับถูกต้อง (คะแนน 4.20-4.79) และระดับถูกต้องที่สุด (คะแนน 4.80-6.00) 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม คะแนนรวม 10 คะแนน การแปลผล ระดับไม่ดี (คะแนน 0.0-5.99) ระดับพอใช้ (คะแนน 6.00-6.99) ระดับดี (คะแนน 7.00-7.99) ระดับดีมาก (คะแนน 8.00-10.00) 3) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คะแนนรวม 15 คะแนน และ 4) ด้านการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คะแนนรวม 15 คะแนน โดยการแปลผลทั้ง 2 ด้าน ดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนน 0.0-8.99) ระดับพอใช้ (คะแนน 9.00-10.49) ระดับดี (คะแนน 10.50-11.99) ระดับดีมาก (คะแนน 12.00-15.00) 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม คะแนนรวม 10 คะแนน การแปลผล ระดับไม่ดี (คะแนน 0.0-5.99) ระดับพอใช้ (คะแนน 6.00-6.99) ระดับดี (คะแนน 7.00-7.99) ระดับดีมาก (คะแนน 8.00-10.00) 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คะแนนรวม 12 คะแนน การแปลผล ระดับไม่ดี (คะแนน 0.0-7.19) ระดับพอใช้ (คะแนน 7.20-8.39) ระดับดี (คะแนน 8.40-9.59) ระดับดีมาก (คะแนน 9.60-12.00) และการแปลผลภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คะแนนรวม 68 คะแนน การแปลผล ระดับไม่ดี (คะแนน

0.0-40.79) ระดับพอใช้ (คะแนน 40.80-47.58) ระดับดี (คะแนน 47.60-54.39) ระดับดีมาก (คะแนน 54.40-68.00) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อคำถาม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่ามีมาตรวัด 5 ระดับ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล พฤติกรรมไม่ดี (คะแนน 0-17.99) พฤติกรรมพอใช้ (คะแนน 18.00-20.99) พฤติกรรมดี (คะแนน 21.00-23.99) พฤติกรรมดีมาก (คะแนน 24.00-30.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ 1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำร่างโปรแกรมฯ 3) เสนอร่างโปรแกรมฯ ต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความเป็นไปได้ของโปรแกรม 4) ปรับปรุงแก้ไขร่างโปรแกรมฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.<sup>(13)</sup> โดยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.80-1.00 จากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) โดยเก็บข้อมูลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Alpha coefficient<sup>(14)</sup> พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.895

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง 2) กลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 12 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพและทำการทดสอบ Pre-test สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมฐาน 1 “เข้าถึงสุขภาพตามหลัก หลัก 3อ.2ส.” สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมฐาน 2 “แลกเปลี่ยนสื่อสารสุขภาพหลัก 3อ.2ส.” สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมฐาน 3 “ตัดสินใจสร้างแผนสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.” สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมฐาน 4 “รู้จัก รู้จริงด้านสุขภาพ” สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมฐาน 5 “พฤติกรรมสุขภาพนำสู่ตามหลัก 3อ.2ส.” สัปดาห์ที่ 9-12 “ติดตามพฤติกรรมสุขภาพนำสู่ตามหลัก 3อ.2ส. อย่างยั่งยืน” และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 คน จะได้คู่มือเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. 3) ทำการทดสอบ Post-test ในสัปดาห์ที่ 12 ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบ

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independence t - test และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One Way Repeated Measures ANOVA) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดย

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่รับรอง COA No.0040/2567 ลงวันที่ 26 เมษายน 2567

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 และเพศชายร้อยละ 40.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.60 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 67.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.50 และมีส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอยู่บ้าน ไม่มีอาชีพ เป็นแม่บ้าน หรือทำงานบ้านร้อยละ 42.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,300 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.0 ความสามารถในการมองเห็นชัดเจน 67.5 ความสามารถในการได้ยินชัดเจนร้อยละ 75.0 ความสามารถในการพูดพูดคล่อง ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 และเพศชายร้อยละ 30.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 67.40 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.50 และประกอบอาชีพอยู่บ้าน ไม่มีอาชีพ เป็นแม่บ้านหรือทำงานบ้านร้อยละ 42.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,695 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 37.50 ความสามารถในการมองเห็นชัดเจน 57.50 ความสามารถในการได้ยินชัดเจนร้อยละ 65.00 ความสามารถในการพูดพูดคล่อง ร้อยละ 82.50

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส พบว่า กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 50.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ถูกต้องร้อยละ 62.50 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 42.50 ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 62.50 ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 47.50 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 40.00 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 55.00 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 65.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 70.00 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับถูกต้องที่สุดร้อยละ 95.00 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 85.00 ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.00 ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 77.50 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 82.50 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 95.00 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 85.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้

ร้อยละ 47.50 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ถูกต้องร้อยละ 65.00 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 45.00 ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 57.50 ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 42.50 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 37.50 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 55.00 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 67.50 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 65.00 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ร้อยละ 62.50 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.50 ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.50 ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 57.50 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 45.00 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 50.00 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 65.00

การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.001$  และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.001$  ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ไม่แตกต่างกัน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.001$  และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.001$  ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธีการวิเคราะห์ One Way Repeated Measure ANOVA โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า 1) ข้อมูลของทุกตัวแปรมีการแจกแจงปกติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของทุกตัวแปรในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถือว่า

**Table 1** A comparison of pairs mean of health literacy and health behavior between the experimental group (n = 40) and control group (n = 40)

| Variables       | Period               | Experimental group |      | Comparison group |      | t      | p-value |
|-----------------|----------------------|--------------------|------|------------------|------|--------|---------|
|                 |                      | $\bar{X}$          | SD   | $\bar{X}$        | SD   |        |         |
| Health literacy | Before               | 45.80              | 4.60 | 45.48            | 4.47 | 0.320  | 0.750   |
|                 | After (8 weeks)      | 51.25              | 5.45 | 44.47            | 4.47 | 6.079  | <0.001* |
|                 | Follow up (12 weeks) | 55.78              | 3.40 | 44.02            | 4.34 | 13.746 | <0.001* |
| Health Behavior | Before               | 22.15              | 2.53 | 21.70            | 3.01 | 0.725  | 0.471   |
|                 | After (8 weeks)      | 24.18              | 2.09 | 21.37            | 2.96 | 4.892  | <0.001* |
|                 | Follow up (12 weeks) | 25.18              | 1.72 | 21.48            | 2.83 | 7.049  | <0.001* |

**Note:** \* A significance level at 0.05

มีความเหมาะสม ทดสอบความแปรปรวน (Sphericity) ของทุกตัวแปรในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่เป็น Compound Symmetry จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยการอ่านการปรับค่า Degree of Freedom ของ Greenhouse-Geisser จึงมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ความ One Way Repeated Measure ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการ

สื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจ ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ที่ p-value <0.001 ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2

**Table 2** Comparison of cognitive, access, communication skill, self-management, media literacy, decision skill, health literacy, and health behavior 3E 2S among experimental group in each period (n = 40)

| Variables             | ss       | df    | ms       | F       | p-value |
|-----------------------|----------|-------|----------|---------|---------|
| Cognitive             | 113.517  | 1.607 | 70.637   | 107.586 | <0.001* |
| Access                | 27.017   | 1.689 | 15.997   | 29.013  | <0.001* |
| Communication skill   | 118.817  | 1.648 | 72.091   | 63.900  | <0.001* |
| Self-management       | 72.350   | 1.601 | 45.188   | 36.029  | <0.001* |
| Media literacy        | 27.050   | 1.811 | 14.936   | 36.440  | <0.001* |
| Decision skill        | 21.517   | 1.355 | 15.874   | 23.873  | <0.001* |
| Health literacy       | 1995.717 | 1.890 | 1056.038 | 128.660 | <0.001* |
| Health behavior 3E 2S | 190.017  | 1.456 | 130.495  | 51.950  | <0.001* |

**Note:** A significance level at 0.05 using Greenhouse-Geisser Method

จากการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจ ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ทุกตัวแปร ระยะติดตาม สัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และก่อนใช้รูปแบบตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ภาพรวม

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ไม่แตกต่างกัน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม สัปดาห์ที่ 12 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ  $p$ -value 0.05 อธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นก็จะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของนัท บิม<sup>(11)</sup> ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วงวัยผู้สูงอายุเป็นช่วงเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เข้าใจและเข้าถึงสื่อ สามารถเลือกและนำสื่อมาใช้ในการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่นได้ เป็นต้น การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและการสนับสนุนในระดับปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมช่วยเพิ่มความรู้และศักยภาพในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ<sup>(3)</sup>

การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มทดลองในแต่ละระยะ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และก่อนใช้รูปแบบตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p$ -value <0.001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ออกแบบมา มีผลกระทบต่อในทางบวกและยั่งยืน โดยผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและยังคงแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นแม้หลังจากผ่านไป 12 สัปดาห์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระยะยาว อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านความรู้ด้านสุขภาพ โดยประเด็นที่เน้นคือ การตัดสินใจเพื่อเลือกสื่อ 3อ.2ส. ที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ เนื่องจากรูปแบบของกิจกรรมมีทั้งการให้ความรู้และมีกิจกรรมกลุ่มให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกลงมือปฏิบัติให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(5)</sup>

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) การสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรับรู้เท่าทันสื่อ 6) การตัดสินใจ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกด้านและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรม

เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเทศบาลพระพุทธรูป จังหวัดสระบุรี พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(15)</sup> อาจเนื่องมาจากรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพคือการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ เลือกสื่อที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลจากช่องทางต่าง ๆ เช่น YouTube, TikTok หรือเว็บไซต์อย่างถูกต้อง กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุใกล้เคียง ช่วยเพิ่มความสนุกในการสื่อสารและสร้างความตระหนักรู้ถึงคุณค่าและความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(16)</sup> และเมื่อติดตามผลโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของโชนเซน<sup>(18)</sup> พบว่า ภายหลังจากติดตามผลหลังจากให้โปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(17)</sup> และภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นศักยภาพของผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01<sup>(19)</sup>

โดยสรุป ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโดยนำหลัก 3อ.2ส. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาต่อยอดในกลุ่มประชากรอื่น เช่น การประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวกับผู้ป่วยในกลุ่มอาการโรคต่าง ๆ หรือการเปรียบเทียบผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงเพื่อสร้างแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ

ภาพที่เหมาะสมและครอบคลุมยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1) ควรจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส. โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งจัดกิจกรรมทบทวนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุจดจำและนำวิธีการที่ถูกต้องไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเน้นความรอบรู้ในด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เช่น การเข้าใจข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เป็นต้น การจัดการตนเองด้านสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพจิต การบริหารจัดการเวลา และการวางแผนดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2) จัดทำแผนงานระยะสั้นโดยการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและสนใจที่จะปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านออกกำลังกาย ด้านอาหารและโภชนาการพฤติกรรม ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด ด้านการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ หรือกลุ่มที่มีลักษณะทางสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ผลการใช้หลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มที่หลากหลาย เช่น การศึกษาผลของการนำหลัก 3อ.2ส. ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

2) ควรมีการวิจัยที่เน้นการประเมินผลระยะยาวของการนำหลัก 3อ.2ส. ไปใช้กับผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบว่า ผู้สูงอายุสามารถรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ในระยะยาวหรือไม่ รวมถึงการติดตามผลการพัฒนาในระยะเวลา 6 เดือนหรือ 1 ปีเพื่อประเมินผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

3) ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันมือถือ หรือสื่อดิจิทัลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดยเน้นการออกแบบที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

1. Jitramontree N. Elderly Population: Trends and Issues in Elderly Care. In Wilaiwan Thongcharoen, editor. The science and art of nursing for the elderly. Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University; 2015
2. Department of Elderly Affairs under the Ministry of Social Development and Human Security. Statistics on the elderly in Thailand, year 2024: [Internet].

2024 [Cited in 19 September, 2024]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/1/1766>

3. Bureau of Health Promotion, Ministry of Public Health. 2018. Enhancing and evaluating health literacy and health behavior. Nonthaburi: Printing House.
4. 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.
5. Jirawongnusrorn S, Chitmanasak N. Development of aHealth Literacy Model to Enhance Health Behaviours According the “3A” Principle of the Elderly. Journal of Roi Kaensarn Academi 2022; 7(4): 233-249. (In Thai)
6. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults. Gerontol Geriatr Med. 2016; 2:1-13.
7. Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Population database in Pathum Thani Province, year 2024: [Internet]. 2024 [Cited in 18 December, 2024]. Available from: <https://3doctor.hss.moph.go.th/>
8. Pathum Thani Provincial Public Health Office. Workshop to develop the potential of senior citizens' clubs to build strength for the aging society: [Internet]. 2024 [Cited in 11 December, 2024]. Available from: <https://www.facebook.com/pte.moph>
9. Sudore LR, Harris BT, Rosano C, Ayonayon NH. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. JAGS Journal compilation. 2006; 54(5): 770-6.
10. ND Berkman, DA Dewalt, MP Pignone, SL Sheridan, KN Lohr, L Lux, SF Sutton, T Swinson and AJ Bonito. Literacy and Health Outcomes: Summary. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2004; (87): 1-8
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12):2072-8.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149–60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
13. Division of Health Education, Department of Health Service Support. Strengthening and evaluating

- health literacy and health behaviors among children and youth (ages 7-14), people aged 15 years and over, updated version. 2018: 52-64. (in Thai)
14. Cronbach L.J. Essentials of psychological testing. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1974.
  15. Yingdamnun P. The Effects of a Health Literacy and Health Behaviors Program for Older Adults in Phra Phutthabat Municipality, Saraburi Province. *Journal of Health Sciences and Pedagogy* 2024; 4(2): 43-57. (In Thai)
  16. Mamak, M. & Deelers, S. (2018). Knowledge exchange model for support good quality of life for elderly in the village of SiamNiwet PhraSamudChedi district, Samutprakarn province. In *Creative RMUT and Sustainable Innovation for Thailand 4.0*. Rajamangala University of Technology. (In Thai)
  17. Chaimongkol P. The Effectiveness of Health Literacy and desirable Health Behavior programs among Older Adults in a Semi-Urban Community in Khon Kaen Province. *Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen* 2023; 15(3): 124–137. (In Thai)
  18. Sorensen K, Van den BS, 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.
  19. Sarakshetrin A, Kaewyoo R, Chantra R, Howharn C, Ruangdej Chaosuansreecharoen K, Dechboonyachit P. Effectiveness of program enhancing health literacy on health behaviors 3E 2S among elderly. *Bcnnon Health Science Research Journal* 2023; 17(3): 40-53. (In Thai)