

Received: 09/04/68 Revised: 29/05/68 Accepted: 09/06/68

**ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้
ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี**
**Effects of Self-Health Care Program on Four Smart Concepts to Enhance Health Literacy
and Health Behaviors Among the Elderly at Bansuan Subdistrict, Mueang Chonburi District,
Chonburi Province**

ปริมรตา ทัสณมณเฑียร*, ดนัย บวรเกียรติกุล^๑, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณานนท์*, วัลลภ ใจดี* และ ธนียา เจติยานุกุล**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^๑ผู้รับผิดชอบบทความ (Danai Bawornkiattikul; e-mail: danai@go.buu.ac.th)

Primrata Thassanamonthon Danai Bawornkiattikul^๑, Aim-utcha Wattanaburanon*, Wanlop Jaidee*,
Thaneeya Chetiyankornkul**

*Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

**Faculty of Science, Chiang Mai University, Thailand

^๑Corresponding author (Danai Bawornkiattikul; e-mail: danai@go.buu.ac.th)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ทำการวัดผลก่อนและหลัง มีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน อายุระหว่าง 65-75 ปี จับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และจับสลากเลือกชมรมผู้สูงอายุชมรมที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระลอกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าว มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart สามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart; การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The purpose of this study was to study the effectiveness of Self-Health Care Program on Four Smart concepts to Enhance Health Literacy and Health Behaviors Among the Elderly at Bansuan Subdistrict, Mueang Chonburi District, Chonburi Province. This was a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design. The sample consisted of elderly individuals aged 65–75 years who were members of the Baan Suan Municipality Elderly Club. A random selection assigned 30 members from Elderly Club 1 to the experimental group, while 30 members from Elderly Club 2 formed the comparison group. The experimental group received the Self-Health Care Program on Four Smart concepts, while the comparison group received regular health care. Data were collected before and after the intervention using a health literacy assessment form and a Self-Health Care on Four Smart concepts assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in health literacy and Self-Health Care on For Smart concepts compared to both their pre-intervention scores and the comparison group ($p < 0.05$). These findings indicate that the program was effective in enhancing health literacy and Self-Health Care on For Smart concepts, and it can be applied in activities or projects aimed at improving the quality of life for the elderly.

Keywords: self-health care program on 4 smart concept; self-health care following the 4 smart concept; health literacy; elderly people

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2578 ตามลำดับ⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และสูงเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์ โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย และเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย กล่าวคือ เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 78.2 ปี และเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 71.3 ปี⁽²⁾ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง และ ไตวาย อีกทั้งยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart หรือ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ได้แก่ 1) Smart Walk คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที ด้วยการบริหารร่างกายท่าต่าง ๆ การเดินอย่างสม่ำเสมอทุกวัน 2) Smart Brain คือ การดูแล ฝึกฝน ทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) Smart Sleep & Emotional คือ การนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง 4) Smart Eat คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ พร้อมกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร⁽³⁾ การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้บรรลุความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพตนเองจะประสบความสำเร็จได้กลุ่มบุคคลต้องเข้าใจ รู้ปัญหาความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ การมีสุขภาพดี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข

กองสุศึกษา นิยามว่า Health literacy คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน⁽⁴⁾

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ หากประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ โดยสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้⁽⁵⁾ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแนวทางสำคัญ ซึ่งถือได้ว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพ การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 เนื่องจาก ประชากรสูงอายุโดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ความเสื่อมของวัยจะทำให้เกิดภาวะเปราะบาง ได้แก่ หกล้ม หลงลืม ซึมเศร้า ประสิทธิภาพด้อยลง และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น การที่ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองให้ได้มากและนานที่สุดบนความเสื่อมตามธรรมชาติของวัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จำเป็นจะต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้สุขภาพที่เพียงพอ

จังหวัดชลบุรี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ 92 ตำบล 687 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 99 แห่ง โดยมีเขตปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ 1 แห่ง คือ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรีมีประชากรประมาณ 1,618,066 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 250,046 คน ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 11.22 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 15.73 ในปี พ.ศ. 2566⁽⁶⁾ เทศบาลเมืองบ้านสวนเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีเขตการปกครองครอบคลุมพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จากสถิติประชากรผู้สูงอายุของตำบลบ้านสวน 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2561-2563 พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 16.14, 16.91, 17.37 ตามลำดับ และคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เทศบาลเมืองบ้านสวนตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ จึงได้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านสวัสดิการ ด้านการศึกษา และการฝึกอาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า โดยได้นำแนวคิด 4 Smart มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและนำเสนอรูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับหน่วยบริการด้านสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำไป ประยุกต์ใช้ในการวางแผนกิจกรรมและโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและบริบทของชุมชน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

4. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) เปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนวัยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-75 ปี อาศัยอยู่ในตำบล บ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน อายุระหว่าง 65-75 ปี โดยอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 - ธันวาคม พ.ศ. 2567 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจากชมรมผู้สูงอายุ 5 ชมรม จับสลากเลือกชมรมที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และจับสลากเลือกชมรมที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนด test family เป็น t-tests, statistical test คือ Means: Difference between two independent means, two tails testing กำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.85 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของ อดิญา ศรีเกษตริน และคณะ⁽⁷⁾ ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 67.73 (SD=11.81) ของกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 58.31 (SD=10.57) นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.84 ได้ขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน รวม 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽⁴⁾ โดยประยุกต์การดำเนินกิจกรรมตามคู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลของกองสุศึกษา⁽⁸⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ตอน จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ โดยแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) วัด 4 ระดับ คือ ทำได้ยากมาก ทำได้ค่อนข้างยาก ทำได้ค่อนข้างง่าย ทำได้ง่ายมาก และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ที่ครอบคลุม 4 smart ได้แก่ Smart Walk (ไม่ล้ม) Smart Brain (ไม่ลืม) Smart Sleep & Emotional (ไม่ซึมเศร้า) Smart Eat (กินข้าวอร่อย) โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครแหลมฉบัง ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากที่สุดจำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ผล โดยการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค > 0.70 ซึ่งได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง 0.916 และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง 0.803

จริยธรรมการวิจัย

เสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา โดยผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่รับรอง IRB3-152/2567 วันที่รับรอง 25 ตุลาคม 2567

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษาให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย จะใช้รหัสแทนการเขียนชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัยแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

2. ระยะทดลอง กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart โดยจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจ ใส่ใจสุขภาพ เป็นการรับรู้ การจำได้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart โดยให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง 1) Smart Walk แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการออกกำลังกาย 12 ท่า เสริมสร้างกล้ามเนื้อ ป้องกันการหกล้ม 2) Smart Brain ฝึกการบริหารสมอง ด้วยเกมส์ฝึกสมอง-เชื่อมต่อสมอง 2 ซีก ได้แก่ การบริหารปมสมอง ปุ่มขมับ ปุ่มใบหู ท่าปิ้งก้อย ท่าจิบแอล ตะแคง-ตะหงาย ฝึกต่อจิ๊กซอว์ ฝึกจับผิดภาพ 3) Smart Sleep & Emotional แนะนำวิธีปฏิบัติ เพื่อการนอนหลับที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ วิธีการทำอารมณ์และจิตใจให้เป็นสุข ด้วย 5 วิธีสร้างภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ทำแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 2 Q 4) Smart Eat การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม แนะนำการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ฝึกการนับคาร์บ ฝึกการวัดรอบเอวและประเมินภาวะอ้วนลงพุง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี และฝึกการบริหารใบหน้าและลิ้น

กิจกรรมที่ 2 สูงวัยยุคใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี การรับรู้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ โดยเรียนรู้หลักการค้นหาข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน และ

การเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และฝึกทักษะเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ผ่านสื่อออนไลน์ โดยฝึกการค้นหาข้อมูลตามขั้นตอนหรือแนะนำให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต เพจเฟซบุ๊กของมูลนิธิหมอชาวบ้าน ช่องยูทูบของสสส. โลกหมอพร้อม เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุมีกลุ่มไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 รู้จักพูดรู้จักเจรจา ตามประสานคนสูงวัย การรับรู้ความสามารถในการตั้งคำถาม การพูดคุยเล่าเรื่อง การโน้มน้าว และการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart โดยฝึกทักษะความสามารถในการสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ฝึกการซักถามได้-ตอบ ฝึกการใช้คำถาม การตั้งคำถามให้เหมาะสมกับบุคคล ช่วงเวลา และสถานการณ์ ได้แก่ การฝึกตั้งคำถามเมื่อไปพบแพทย์ตามนัด การซักถามข้อสงสัยในการดูแลสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 4 สูงวัยรู้ทันสื่อทันเหตุการณ์ การรับรู้ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เกิดจากการรับสื่อ โดยฝึกการตรวจสอบ เปรียบเทียบ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันโฆษณาเกินจริง การแชร์ข้อมูล การพิจารณาข้อมูลที่เป็นจดหมายลูกโซ่ วิธีการหลีกเลี่ยงการเลือกรับสื่อเสี่ยงต่อการถูกหลอกลวงจากมิจฉาชีพ โดยการยกตัวอย่างข้อมูลหรือจำลองสถานการณ์ และแนะนำให้ผู้สูงอายุการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนพบว่าข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ การแนะนำเข้าถึงของเว็บไซต์สาสุขซัวร์ ของกรมอนามัย หรือการสอบถามบุคลากรด้านสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างการตัดสินใจวัยสูงอายุ การรับรู้ความสามารถในการเลือกปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ และแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตามแนวคิด 4 smart โดยให้ประเมินการดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน กำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ และการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง

กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีวียืนยาว การรับรู้ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผน พร้อมทั้งทบทวนเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ โดยฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีตามแนวคิด 4 smart วางแผนการปฏิบัติ แสดงทางเลือกและวิธีการปฏิบัติตามแผน ทบทวนและประเมินการปฏิบัติตามแผน พร้อมแนวทางการปรับเปลี่ยนหากพบอุปสรรคกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ โดยผู้วิจัยจะบรรยายให้ความรู้ และแจกคู่มือ “4 smart ผู้สูงวัยสร้างสุขภาพดี ชีวียืนยาว” หลังจากทบทวนหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ในสัปดาห์ที่ 6

3. ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบ้านสวน อายุระหว่าง 65-75 ปี เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน รวม 60 คน

กลุ่มทดลอง มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 26.7 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุอยู่ในช่วง 70 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มทดลองใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.7 ด้านการอยู่อาศัย กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลมากกว่าอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 20.0 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 6.7 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอายุอยู่ในช่วง 70 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีสถานภาพสมรสเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มเปรียบเทียบใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.7 ด้านการอยู่อาศัย เปรียบเทียบมีผู้ดูแลมากกว่าอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ			t	p-value
	n	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	63.07	8.07	-25.23	<0.001*
หลังการทดลอง	30	93.23	7.91		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	64.60	6.78	1.71	0.098
หลังการทดลอง	30	63.47	7.69		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}=93.23$, $SD=7.91$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=63.07$, $SD=8.07$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $t=-25.23$) ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}=63.47$, $SD=7.69$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=64.60$, $SD=6.78$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.098$, $t=1.71$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ			t	p-value
	n	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	63.07	8.07	-0.80	0.429
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	64.60	6.78		

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ			t	p-value
	n	$\bar{X}$	SD		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	93.23	7.91	14.78	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	63.47	7.67		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =63.07, SD =8.94) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ =64.60, SD =6.78) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.429$, $t=-0.797$) หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =93.23, SD =7.91) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ =63.47, SD =7.67) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $t=14.78$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

องค์ประกอบ	ระดับประสิทธิผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1. การเข้าถึงข้อมูล	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
2. ความรู้ความเข้าใจ	ไม่ดีพอ	ดีมาก	พอใช้	ไม่ดีพอ
3. ทักษะการสื่อสาร	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
4. ทักษะการตัดสินใจ	ไม่ดีพอ	ดีมาก	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
5. การจัดการตนเอง	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
6. การรู้เท่าทันสื่อ	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ระดับไม่ดีพอ ซึ่งหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับพอใช้ 4 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

ผู้สูงอายุเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ระดับไม่ดีพอ 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับพอใช้ 1 ด้าน คือความรู้ความเข้าใจ ซึ่งหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอทุกด้าน

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart			t	p-value
	n	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	30.67	3.36	-10.81	<0.001*
หลังการทดลอง	30	40.13	3.97		

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart			t	p-value
	n	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	30.43	2.25	1.70	0.100
หลังการทดลอง	30	29.93	2.45		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}=40.13$, $SD=3.97$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=30.67$, $SD=3.36$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $t=-10.81$) ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}=29.93$, $SD=2.45$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=30.43$, $SD=2.25$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.100$, $t=1.70$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart			t	p-value
	n	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	30.67	3.36	0.32	0.753
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	30.43	2.25		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	40.13	3.97	11.97	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	29.93	2.45		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง ($\bar{X}=30.67$, $SD=3.36$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}=30.43$, $SD=2.25$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.753$, $t=0.32$)

หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=40.13$, $SD=3.97$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}=29.93$, $SD=2.45$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $t=11.97$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นในทุกด้าน อยู่ในระดับดีมาก 2 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และอยู่ในระดับพอใช้ 4 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ โดยระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับไม่ดีพอทุกด้าน สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุรสิทธิ์ แจ่มภักดิ์ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน

สุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน สูงขึ้น กลุ่มควบคุมมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ⁽⁹⁾ นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และคณะ ศึกษาการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโภชนาการภาพรวม และรายประเด็นสูงขึ้น⁽¹⁰⁾ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมถูกออกแบบมาเพื่อพัฒนา ความรู้ความเข้าใจ ผ่านการบรรยายและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการสร้างฐานความรู้ที่แข็งแกร่ง นอกจากนี้ กิจกรรมที่เน้นการประเมินตนเองและการวางแผนในกิจกรรมที่ 5 และ 6 ยังช่วยเสริมสร้าง ทักษะการตัดสินใจ โดยผู้สูงอายุได้เรียนรู้การนำความรู้มาปรับใช้กับสถานการณ์จริง การที่บางด้านยังอยู่ในระดับพอใช้อาจบ่งชี้ว่าทักษะเหล่านี้ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ อาจต้องใช้เวลาหรือการฝึกฝนที่เข้มข้นกว่าเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่ระดับที่ดีขึ้น การที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอทุกด้าน ทำให้เห็นความจำเป็นของโปรแกรมนี้อย่างยิ่ง

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของอดิญาณ ศรีเกษตริน และคณะ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ⁽⁷⁾ วัชร แสนโหม่ง ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการพยาบาลปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าควบคุม⁽¹¹⁾ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม สามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura⁽¹²⁾ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงจากการรับข้อมูล แต่ยังรวมถึงการสังเกต การเลียนแบบ และการเสริมแรงจากสภาพแวดล้อมทางสังคม โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่มีในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพให้บุคคลสามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้⁽¹⁴⁾

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวิมล แสงเรือง และคณะ ศึกษาการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ซึ่งเป็นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ป้องกันการเจ็บป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ การเพิ่มขึ้นของคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองเป็นผลโดยตรงจากการที่โปรแกรมเน้นการพัฒนา ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skill) ผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุวางแผน กำหนดเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การจัดการตารางออกกำลังกาย การวางแผนการจัดการอาหาร การเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงในแต่ละสัปดาห์ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับเครื่องมือและเทคนิคที่จำเป็นในการนำความรู้ไปสู่อุปนิสัยในชีวิตประจำวัน⁽¹⁶⁾

4. ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวัชร แสนโหม่ง ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁽¹¹⁾ สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองสูง

กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁷⁾ ความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนความรู้การปฏิบัติ (Knowledge-to-Action) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบรับการดูแลสุขภาพตามปกติ ซึ่งอาจเน้นที่การให้ข้อมูลเป็นหลัก แต่ไม่ได้มีการฝึกฝนทักษะการนำข้อมูลไปใช้และสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ⁽¹⁸⁾ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและความมั่นใจในการควบคุมและรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและยั่งยืน⁽¹⁴⁾

จากผลการวิจัยดังกล่าวเป็นผลมาจากโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽⁴⁾ เป็นผลให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยอธิบายตามกระบวนการของแต่ละกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ผู้สูงวัยรอบรู้เข้าใจ ใส่ใจสุขภาพ เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ (Knowledge and Understanding) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลโดยตรงและฝึกปฏิบัติทำออกกำลังกาย (Smart Walk), การบริหารสมอง (Smart Brain), วิธีการนอนหลับและการจัดการอารมณ์ (Smart Sleep & Emotional), และหลักโภชนาการ (Smart Eat) การให้ความรู้ผ่านการบรรยาย ผสมผสานกับการฝึกปฏิบัติจริง (Practice-based Learning) เช่น การออกกำลังกาย 12 ท่า หรือเกมบริหารสมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เพียงแต่จำได้แต่ยังเข้าใจถึงเหตุผลและความสำคัญของการดูแลสุขภาพ⁽¹³⁾ การทำแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าและฝึกการนับคาร์บ ฝึกการวัดรอบเอวและประเมินภาวะอ้วนลงพุง ยังช่วยเสริมทักษะการตัดสินใจ (Decision-making Skills) ในการเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าความรู้ความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมากหลังการทดลอง กิจกรรมที่ 2 สูงวัยยุคใหม่ ก้าวทันเทคโนโลยี เน้นการเข้าถึงข้อมูล แม้ว่าทักษะการเข้าถึงข้อมูลจะยังอยู่ในระดับพอใช้ แต่กิจกรรมนี้ได้พยายามส่งเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดยการแนะนำหลักการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต เพจเฟซบุ๊กของมูลนิธิหมอชาวบ้าน ช่องยูทูบของสสส. และไลน์หมอพร้อม การฝึกค้นหาข้อมูลและรู้จักตรวจสอบแหล่งที่มา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy) ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน⁽¹⁹⁾ การเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์ยังสอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้สื่อของผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งเป็นช่องทางที่เข้าถึงได้ง่ายและมีการแบ่งปันข้อมูลกันในกลุ่ม⁽²⁰⁾ กิจกรรมที่ 3 รู้จักพูดรู้จักเจรจา ตามประสานสูงวัย กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) ของผู้สูงอายุผ่านการฝึกตั้งคำถาม การซักถามข้อสงสัยกับบุคลากรสาธารณสุข หรือการพูดคุยเล่าเรื่อง การฝึกบทบาทสมมติในการพบแพทย์หรือการสื่อสารกับคนรอบข้าง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความกล้าและความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็น สอบถามข้อมูลให้เข้าใจ และการโน้มน้าวผู้อื่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพเชิงโต้ตอบ (Interactive Health Literacy)⁽¹³⁾ กิจกรรมที่ 4 สูงวัยรู้ทันสื่อทันเหตุการณ์ กิจกรรมนี้เสริมการรู้เท่าทันสื่อ โดยเน้นการฝึกตรวจสอบความถูกต้อง เปรียบเทียบข้อมูล และประเมินความน่าเชื่อถือของข่าวสารสุขภาพ โดยเฉพาะโฆษณาเกินจริงหรือจดหมายลูกโซ่ การแนะนำเว็บไซต์สุขภาพข่าว เป็นการมอบเครื่องมือที่เป็นรูปธรรมให้ผู้สูงอายุใช้ในการตรวจสอบข้อมูล สิ่งนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและลดความเสี่ยงจากการถูกหลอกลวง ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันที่ข้อมูลข่าวสารมีการแพร่หลาย⁽⁵⁾ กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างการตัดสินใจวัยสูงอายุ กิจกรรมนี้ต่อยอดจากความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมแรก โดยเน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจ (Decision-making Skills) ผู้สูงอายุได้ประเมินการดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน กำหนดทางเลือก และฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจด้วยตนเอง จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติ⁽¹²⁾ กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัยจัดการสุขภาพ ชะลอชรา ชีวียืนยาว กิจกรรมสุดท้ายนี้เป็นการบูรณาการทักษะทั้งหมดเข้าด้วยกัน โดยมุ่งพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skills) ผู้สูงอายุได้ฝึกกำหนดเป้าหมาย วางแผนปฏิบัติ ทบทวน และประเมินผลการปฏิบัติตามแผน รวมถึงการปรับเปลี่ยนแนวทางเมื่อพบอุปสรรค กระบวนการนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ในการดูแลสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งเน้นให้บุคคลมีความรับผิดชอบและสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว⁽¹⁶⁾ ในส่วนของกาดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการมีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ผลการวิจัยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ของกลุ่มทดลองสูงกว่าทั้งก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นจริง โดยอธิบายว่า ความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพชี้ว่าการมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽¹³⁾ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น จากกิจกรรมที่ 1 จึงสามารถเข้าถึงและประเมินข้อมูลในกิจกรรมที่ 2 และ 4 สามารถสื่อสารข้อสงสัยได้ในกิจกรรมที่ 3 และตัดสินใจวางแผนจัดการตนเองได้ในกิจกรรมที่ 5 และ 6 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) จากการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองในโปรแกรม ช่วยให้เกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม-ปัญญา (Social Cognitive Theory) ของ Bandura⁽¹²⁾ ที่ระบุว่าการประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม (Mastery Experiences) จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) เมื่อผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 Smart ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบของกองสุศึกษา และจัดกิจกรรมทั้ง 6 ครั้งอย่างเป็นลำดับขั้น ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจพื้นฐาน การฝึกเข้าถึงและประเมินข้อมูล การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การเสริมสร้างการตัดสินใจ และการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุขและยืนยาวตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสามารถประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1. หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปปรับใช้ในการกำหนดแผนกิจกรรมหรือโครงการเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิด 4 smart (ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย) ซึ่งเป็นหลักการดูแลสุขภาพ จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วางแผนการปฏิบัติ และเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกในการติดต่อสอบถามข้อมูล และทันต่อสถานการณ์ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน

2. แกนนำสุขภาพในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Community Caregiver : CC) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) รวมถึงผู้นำชุมชน ควรนำกิจกรรมไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ส่งเสริมการรวมกลุ่มในผู้สูงอายุ และสร้างเครือข่ายชุมชน ซึ่งการร่วมมือของหลายฝ่ายจะช่วยสร้างชุมชนให้เป็นชุมชนที่เข้มแข็งด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะที่ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองบ้านสวน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างมีบริบทใกล้เคียงกัน ดังนั้นควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่บริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart

2. การวิจัยในครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ โดยในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา 3 – 6 เดือน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart และเพื่อติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะทำให้การประเมินผลการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามโปรแกรมฯ ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

3. การวิจัยในครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4 smart โดยประเมินผลในระยะก่อนและหลังการทดลอง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนารูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถทดสอบสมรรถภาพผู้สูงอายุ เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พรินเตอร์; 2560.
- จุฑารัตน์ แสงทอง. สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารรัฐสมิแล 2560;38(1):6-28.
- กรมอนามัย. แนวคิดไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://web.facebook.com/anamaidoh/posts/1661380090649057/?_rdc=1&_rdr.
- กองสุขศึกษา. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์ (ประเทศไทย); 2559.
- Sørensen K, Broucke SVD, Fullam J, Doyle G, Pelikan E, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(1):80.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี. รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดชลบุรี ปี 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1FcSK0CxjoBaKxf0K0fDCOMxbeDKxVipx/view>.
- อดิญา ศรีเกษตริน และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครพนม 2566;17(3):40-53.
- กองสุขศึกษา. คู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์ (ประเทศไทย); 2564.
- สุรสิทธิ์ แจ่มภักดี. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2565.
- นิริรัตน์ บุญตานนท์, ศินาพ แพนนอก, นาริรัตน์ สุรพัฒน์ชาติ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562;13(30):1-14.
- วิษระ แสนโหม่ง. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566;10(2):38-54.
- Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259–67.
- World Health Organization. Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
- สุวิมล แสงเรือง และคณะ. ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(4):233-43.

16. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and challenges. *Arthritis & Rheumatism* 2003;48(9):2351–7.
17. สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เบาหวานชนิดที่ 2. *Nursing Science Journal of Thailand* 2565;40(1):84-98.
18. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd RE, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27(10):1361–7.
19. Liu K, Ma R, Fan X, Cui Q, Zhang L, Liu P. Effectiveness of Digital Health Literacy Interventions in Older Adults: Single-Arm Meta-Analysis. *J Med Internet Res* 2023;25:e48166.
20. Su Z, Xie B. Effective components of health literacy interventions for older adults: A systematic review. *Innovation in Aging* 2018;2(Suppl_1):457–8.