วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

Development of a model for health literacy to the elderly towards preventive behaviors for heart disease and stroke, Mueang District, Nong Khai Province.

กงเพชร ขุนเขียว

Kongpet Khunkiew

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

(Received: August 8, 2024; Accepted: September 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน ระยะเวลาการวิจัย 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86.5) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ครอบคลุมการพัฒนาทักษะ 5 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.002$) การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.015$) การจัดการข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.028$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ($p = 0.026$) ดังนั้น รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ โดยการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการพัฒนาทักษะแบบบูรณาการครอบคลุมทั้ง 5 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

This research aimed to develop a health literacy model for the elderly to prevent cardiovascular diseases in Mueang District, Nong Khai Province. The study was conducted in three phases: Phase 1 examined the current situation of health literacy among the elderly regarding cardiovascular disease prevention behaviors; Phase 2 involved the creation and development of a health literacy model for the elderly to prevent cardiovascular diseases; and Phase 3 evaluated the effectiveness of the developed model. The sample consisted of 62 elderly individuals at high risk of cardiovascular diseases, divided equally into experimental and control groups of 31 participants each. The research duration was 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that in Phase 1, the elderly's health literacy was moderate (47.8%), while their disease prevention behaviors were low (86.5%). In Phase 2, the developed model comprised an 8-week learning activity plan covering five aspects of health literacy skills. In Phase 3, the experimental group demonstrated significantly higher average scores in health literacy and disease prevention behaviors compared to the control group ($p < 0.05$), particularly in understanding health information ($p = 0.002$), verifying health information ($p = 0.015$), managing health information ($p = 0.028$), and overall health literacy ($p = 0.026$). Therefore, the health literacy development model effectively enhanced health literacy levels and cardiovascular disease prevention behaviors among the elderly. The model's success was attributed to its design, which emphasized participatory activities, practical training, and the integrated development of all five aspects of health literacy skills.

Keywords : Health literacy, Elderly, Cardiovascular diseases

บทนำ

ทศวรรษที่ผ่านมาการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ18.94 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 55.99 และวัยสูงอายุตอนกลางร้อยละ 29.39 โดยทุกกลุ่มวัยพบจำนวนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) คาดการณ์ว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.00 คนต่อปี ส่วนผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7.00 คนต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2565) สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกซึ่งพบผู้สูงอายุร้อยละ 20.65 (ศูนย์อนามัยที่ 2, 2565) นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเท่ากับ 1 : 3.37 และ อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงสูงอายุร้อยละ 35.59 ซึ่งสูงกว่าสถิติของประเทศเล็กน้อย (กรมกิจการ ผู้สูงอายุ, 2566) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาในการดำรงชีวิตซึ่งเป็นผล จากภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยรวมทั้งความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือความจำเป็นที่ต้องอาศัยอยู่ลำพัง ผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงต้องพึ่งพาตนเองมากกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามสมรรถนะหลายด้านโดยเฉพาะ ความเสื่อมด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะลดลงทุกปี ตามวัยที่เพิ่มขึ้น

จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 เรื่อง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.94) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.89) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 43.46) ปัญหาสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 0.10) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 2.57) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 0.05) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 0.13) ภาวะหกล้ม (ร้อยละ 0.97) ดัชนีมวลกาย : Body Mass Index : BMI (อ้วน ร้อยละ 34.39 ในส่วนการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ : ADL - Activities of Daily Living (กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 99.47 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.28 และกลุ่มติดเตียงจำนวน ร้อยละ 0.23) (Health Data Center : HDC, 2566) จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease, CVD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.50 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2012 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 70 ปี (World Health Organization, 2016) และในปี พ.ศ. 2573 แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของคนในทั่วโลก จากโรคนี้จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 23.60 ล้านคน (American Heart Association, 2022) ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ในประเทศไทย, อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 52.80 ถึง 55.53 ต่อแสนประชากร, และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการเสียชีวิตเพิ่มจาก 32.57 ถึง 33.54 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2560-2564 ที่ตั้งเป้าหมายลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ลงร้อยละ 10.00 จากอัตราตายย้อนหลัง 1 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ มีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ (Punset, Klinthuesin, Kingkaew, & Wongmaneeroj, 2013) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยประเทศไทย พบว่า ความ

ชุกของภาวะอ้วน มีค่า Body Mass Index (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 34.40 เป็นร้อยละ 40.70 ส่วนเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 22.50 เป็นร้อยละ 28.40 ค่า BMI ที่สูงขึ้นส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ภาวะความดันโลหิตสูง พบความชุกร้อยละ 22.00 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พบความชุกร้อยละ 6.90 ภาวะไขมันในเลือด พบความชุกร้อยละ 21.70 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความชุกร้อยละ 18.50 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรไทย พบความชุกร้อยละ 38.70 (Nakapong, Srichang, & Jumprakarw, 2010)

การสร้างความตระหนักรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ บุคคลต้องรับรู้ถึงความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของตนเองเพื่อจัดการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนสำคัญในการสร้างและพัฒนาให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ถ้าหากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยลง รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ที่ถูกต้องทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญา (Cognitive Skills) และทักษะทางสังคม (Social Skills) ก่อให้เกิดแรงจูงใจของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ (กองสุขศึกษา, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของเคนจิมาและคณะ (Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K, Izawa, K, 2022) ที่ได้ทำการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบและการอภิวิเคราะห์พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำมาปฏิบัติการควบคุมความดันโลหิต, การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงตนเอง, การมีพฤติกรรมเหมาะสมในด้านโภชนาการ, การออกกำลังกาย, การจัดการอารมณ์และความเครียด, การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว, กลุ่มเพื่อน, หรือผู้ป่วยด้วยกัน, และการรับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ นั้นส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจและมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจเป็นสิ่งที่สำคัญในการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) โดยเน้นการพัฒนาทักษะในองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอด

เลือดในอนาคต และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้จากการตรวจคัดกรองสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2566 ของอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน 25,585 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ร้อยละ 10 เท่ากับ 38 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 417 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์, 4 คะแนน), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์, 3 คะแนน), ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์, 2 คะแนน) และแทบไม่เคยปฏิบัติ (แทบไม่เคยปฏิบัติเลยใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา, 1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก (65-80 คะแนน), ดี (50-64 คะแนน), พอใช้ (35-49 คะแนน), และควรปรับปรุง (20-34 คะแนน) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.87

3. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อ ครอบคลุม 5 หัวข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (8 ข้อ), การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (5 ข้อ), การตรวจสอบข้อมูลและบริการทางสุขภาพ (6 ข้อ), การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (17 ข้อ), และการจัดการสุขภาพตนเอง (11 ข้อ) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 47-235 คะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ดีมาก (188 คะแนนขึ้นไป), ปานกลาง (141-187.99 คะแนน), และไม่ดีพอ (น้อยกว่า 141 คะแนน) ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) เท่ากับ 0.85 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.89

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ รายได้ และสถานภาพสมรส แลวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1

2. ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด จากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำหลักสูตรไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest experimental design) ทั้ง 2 กลุ่ม และวัดผลก่อนและหลังการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้จากการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2566 ของอำเภอเมือง จังหวัดหนองคายจำนวน 62 ราย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.80 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 20% (Grove,

KS., Burns, N., & Gray, J, 2013) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย รวมเป็น 62 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นเครื่องมือเดียวกันกับระยะที่ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ รายได้ และสถานภาพสมรส

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 136/2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.8 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าทุกด้านระดับปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 50.5 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 46.6 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 48.8 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 44.6 การจัดการสุขภาพตนเอง ร้อยละ 43.4 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.5 (ดังตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตรวจสอบ การสื่อสาร และการจัดการข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.472$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเข้าถึงข้อมูล มีแนวโน้มที่จะส่งผลดีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

ความรอบรู้และพฤติกรรม	ระดับสูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	50	12.3	5	1.2	353	86.5
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	130	31.9	206	50.5	72	17.6
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	142	34.8	190	46.6	76	18.6
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	137	33.6	199	48.8	72	17.6
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	157	38.5	182	44.6	69	16.9
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	150	36.8	177	43.4	81	19.9
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	126	30.9	195	47.8	87	21.3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.472	<0.001
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.445	<0.001
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	0.458	<0.001
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.416	<0.001
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	0.425	<0.001

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

จากการศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86.5) และทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.472$, $p < 0.001$)

จากผลการวิจัยดังกล่าว และการศึกษาหลักการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) ผู้วิจัยได้ออกแบบรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 5 ด้าน และให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมการป้องกันโรค รูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ: ใช้แผนที่ความคิด (mind map) สำรวจแหล่งข้อมูลสุขภาพในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ: ฝึกการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดจากสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น แผ่นพับขนาดใหญ่ หรือวิดีโอสั้นๆ

สัปดาห์ที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ: ฝึกปฏิบัติการเปรียบเทียบและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 4 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ: จัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 5 การจัดการสุขภาพตนเอง: การเรียนรู้แบบโครงการในการฝึกจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การวางแผนอาหาร การออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 6 การบูรณาการทักษะ: จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกการใช้ทักษะทั้ง 5 ด้านในการจัดการสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 ทบทวนและเสริมสร้างความมั่นใจ: ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาในสัปดาห์ที่ 1-6 และเสริมสร้างความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามและประเมินผล: ติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ พร้อมให้คำแนะนำช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และแก้ไขปัญหาที่พบ

โดยรูปแบบนี้ได้ออกแบบให้สอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเฉพาะการเน้นพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในสัปดาห์แรก และการบูรณาการทักษะทั้งหมดเพื่อยกระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านเพศ (χ^2 = 0.068, p = 0.794) รายได้ (χ^2 = 5.32, p = 0.150) และอาชีพ (χ^2 = 3.75, p = 0.440) แสดงถึงการกระจายตัวที่คล้ายคลึงกันของตัวแปรเหล่านี้ในทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ตัวแปรอายุ (χ^2 = 8.67, p = 0.070) และสถานภาพสมรส (χ^2 = 4.85, p = 0.088) แม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด แต่มีแนวโน้มของความแตกต่างที่ควรพิจารณาในการวิเคราะห์ผลการทดลอง โดยภาพรวม ผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลดีต่อการทดลอง เนื่องจากลดโอกาสที่ความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานจะส่งผลกระทบต่อผลการทดลอง แต่ควรระมัดระวังในการแปลผลเกี่ยวกับอายุและสถานภาพสมรส เพราะมีแนวโน้มของความแตกต่างที่อาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ผลการทดลองได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.068	0.794
หญิง	18	58.06	20	64.52		
ชาย	13	41.94	11	35.48		
อายุ					8.67	0.070
60-64 ปี	6	19.35	10	32.26		
65-69 ปี	10	32.26	6	19.35		
70-74 ปี	7	22.58	3	9.68		
75-79 ปี	4	12.90	11	35.48		
80-84 ปี	4	12.90	1	3.23		
รายได้					5.32	0.150
< 1,000 บาท	9	29.03	10	32.26		
1,000-2,000 บาท	0	0.00	4	12.90		
2,001-3,000 บาท	3	9.68	4	12.90		
> 3,000 บาท	19	61.29	13	41.94		
อาชีพ					3.75	0.440
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	17	54.84	16	51.61		
เกษตรกรรม	13	41.94	10	32.26		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	1	3.23	2	6.45		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0	0.00	2	6.45		
รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้างประจำ	0	0.00	1	3.23		
สถานภาพสมรส					4.85	0.088
คู่สมรส	24	77.42	19	61.29		
หม้าย/หย่า	6	19.35	8	25.81		
โสด	0	0.00	4	12.90		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95% CI	t	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ	ทดลอง	48.77	14.54	-1.39	-8.61, 5.83	-0.38	0.70
และหลอดเลือด	ควบคุม	50.16	10.73				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	27.32	6.54	-1.00	-4.17, 2.17]	-0.63	0.53
	ควบคุม	28.32	7.21				
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	17.87	4.48	0.26	-1.93, 2.45	0.24	0.81
	ควบคุม	17.61	4.95				
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	21.55	5.53	0.32	-2.28, 2.92	0.25	0.81
	ควบคุม	21.23	6.35				
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	63.29	13.96	1.45	-5.51, 8.41	0.42	0.68
	ควบคุม	61.84	16.53				
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	38.06	9.96	0.26	-4.41, 4.93	0.11	0.91
	ควบคุม	37.80	11.74				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	ทดลอง	168.10	37.36	1.29	-17.51, 20.09	0.14	0.89
	ควบคุม	166.81	45.33				

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในทุกด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการทดลอง โดยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (p = 0.70), การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (p = 0.53), การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (p = 0.81), การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ (p = 0.81), การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (p = 0.68), การจัดการข้อมูลสุขภาพ (p = 0.91) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (p = 0.89) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าในบางด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ กลุ่มควบคุมจะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย ผลลัพธ์นี้เป็นผลดีต่อการวิจัย เนื่องจากแสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยให้การเปรียบเทียบผลของการทดลองในภายหลังมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95% CI	t	p-value
พฤติกรรมการป้องกัน	ทดลอง	55.26	14.13	5.10	0.07, 10.13	2.02	0.048
โรคหัวใจและหลอดเลือด	ควบคุม	50.16	10.73				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	31.32	6.54	3.00	-0.17, 6.17	1.89	0.064
	ควบคุม	28.32	7.21				
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	21.13	4.31	3.52	1.37, 5.67	3.27	0.002
	ควบคุม	17.61	4.95				
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	24.45	5.42	3.22	0.65, 5.79	2.50	0.015
	ควบคุม	21.23	6.35				
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	68.29	13.96	6.45	-0.51, 13.41	1.85	0.069
	ควบคุม	61.84	16.53				
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	43.06	9.96	5.26	0.59, 9.93	2.25	0.028
	ควบคุม	37.80	11.74				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	ทดลอง	188.26	37.36	21.45	2.65, 40.25	2.28	0.026
	ควบคุม	166.81	45.33				

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในหลายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการทดลอง โดยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (p = 0.048), การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (p = 0.002), การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ (p = 0.015), การจัดการข้อมูลสุขภาพ (p = 0.028) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (p = 0.026) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (p = 0.064) และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (p = 0.069) แม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะแตกต่าง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการทดลองในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง

อภิปรายผล

การวิเคราะห์และตีความผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในหลายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (p = 0.048) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (p = 0.002) การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ (p = 0.015) การจัดการข้อมูลสุขภาพ (p = 0.028) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (p = 0.026) นอกจากนี้ แม้ว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (p = 0.064) และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (p = 0.069) จะไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะแตกต่าง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาที่ออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบและครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากการให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในสัปดาห์แรกของโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่พบความสัมพันธ์สูงสุดระหว่างการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (r = 0.472, p < 0.001) การเริ่มต้นด้วยทักษะนี้ช่วยสร้างพื้นฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการพัฒนาทักษะอื่น ๆ ต่อไป เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริงเป็นอีกปัจจัยสำคัญ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การใช้แผนที่ความคิดเพื่อช่วยจัดระเบียบและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การฝึกอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเพื่อพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ การจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจ และการเรียนรู้แบบโครงการเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก วิธีการเหล่านี้ช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความจำ และความมั่นใจในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การพัฒนาทักษะแบบบูรณาการเป็นอีกหนึ่งจุดเด่นของโปรแกรม โดยครอบคลุมทักษะสำคัญทั้ง 5 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน การประยุกต์ใช้ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาทักษะแบบองค์รวมนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความท้าทายด้านสุขภาพที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การเน้นการประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง โดยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่ผู้สูงอายุอาจเผชิญ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างความตระหนักและแรงจูงใจเป็นอีกองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม โดยไม่เพียงมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว โดยสรุป กระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบ ครอบคลุม และเน้นการปฏิบัติจริงนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim และคณะ (2020) ที่พบว่าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ (2019) ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลเชิงบวกต่อ

การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของ สุนีย์ ละกำปั่น และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ การศึกษาของวิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ (2563) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังสนับสนุนแนวคิดการใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเน้นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัด (n = 62) อาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับประชากรทั่วไป ประการที่สอง ระยะเวลาการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น (8 สัปดาห์) อาจไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ประการที่สาม การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ (อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย) ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ทำให้ต้องระมัดระวังในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างออกไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ควรปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ควรบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ และส่งเสริมการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) และทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในวงกว้าง

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

3. ควรศึกษาการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้รูปแบบนี้ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560-2564)*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก http://www.thaincd.com
2. กองสุขศึกษา. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารสุขศึกษา*, 19(1), 10-25.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *คาดการณ์อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก http://www.thaincd.com
5. ศูนย์อนามัยที่ 2. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก http://www.thaincd.com
6. สุนีย์ ละกำปั่น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, และวรรณา คงสุริยะนาวิน. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(3), 15-30.
7. วิราภรณ์ โพธิศิริ, วันเพ็ญ แก้วปาน, และสุรีย์ ธรรมิกบวร. (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 36(2), 224-237.
8. อังศุมา อภิชาโต, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, และนิตยา ตากวิริยะนันท์. (2564). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 428-436.
9. American Heart Association. (2022). Heart disease and stroke statistics – 2022 update: A report from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*. https://www.ahajournals.org
10. Brown, L. D., Vasquez, D., Salinas, J. J., Tang, X., & Balcázar, H. (2018). Evaluation of healthy fit: A community health worker model to address Hispanic health disparities. *Preventing Chronic Disease, 15*, E49. https://doi.org/10.5888/pcd15.170437
11. Health Data Center (HDC). (2566). *การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 เรื่อง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
12. Johnson, S. E., Baur, C., & Meissner, H. I. (2021). Exploring the relationship between health literacy and health-related quality of life in a vulnerable population. *Journal of Health Communication, 26*(1), 1-9. https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1865482
13. Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., & Izawa, K. (2022). Systematic review and meta-analysis on health literacy and cardiovascular disease outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing, 37*(5), 425-435. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000835

14. Kim, S. H., Lee, A., & Chu, S. H. (2020). Effects of a health literacy-considered diabetes self-management program for older adults with diabetes in South Korea. *Research in Gerontological Nursing, 13*(2), 95-104. https://doi.org/10.3928/19404921-20191206-03

15. Lee, Y. J., Shin, S. J., Wang, R. H., Lin, K. D., Lee, Y. L., & Wang, Y. H. (2022). Effectiveness of a health literacy-based self-management program for patients with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 105*(3), 608-617. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.020

16. Nakapong, T., Srichang, S., & Jumprakarw, S. (2010). Risk factors and prevention behaviors for cardiovascular diseases in Thai population. *Journal of Preventive Medicine, 39*(2), 98-104.

17. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

18. Punset, R., Klinthuesin, W., Kingkaew, P., & Wongmaneeroj, P. (2013). Factors influencing cardiovascular disease among elderly people in Thailand. *Journal of Public Health, 45*(3), 178-185.

19. Smith, C. A., Chang, E., Gallego, G., & Balneaves, L. G. (2019). An education intervention to improve health literacy and decision making about supporting self-care among older Australians: A study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 20*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13063-018-3103-6

20. World Health Organization. (2016). Cardiovascular diseases (CVDs): Key facts. สืบค้นจาก https://www.who.int