



การพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY 3E2S IN ELDERLY, PATHUM THANI PROVINCE.

(Received: December 25,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สมทรง พุ่มประเสริฐ¹ สุรัตน์ อนันตสุข²

Somsong Phumprasert¹ Surat Ananthasuk²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดปทุมธานี โดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pair t – tests, Independent t – tests, One Way Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและช่วงเวลาด้วยสถิติ One-way Repeated Measures MANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้โปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบ, การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was research and development with the objective of developing a model for promoting health literacy using the 3E 2S principles in the elderly in Pathum Thani Province. The sample size consisted of people aged 60 years and over in Pathum Thani Province. By means of specific selection, a total of 80 people were divided into an experimental group of 40 people and a control group of 40 people. The tool used in the research was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics include Pair t – tests, Independent t – tests, One Way Repeated Measures ANOVA, multivariate analysis of variance. between samples and time periods using One-way Repeated Measures MANOVA statistics, comparing each pair using the Bonferroni method.

The results of the study found that after the sample group tried the program for 8 weeks, the sample group had higher health knowledge and health behavior according to the principles of 3E 2S than before using the model and higher than the control group in every aspect, at a statistical significance of 0.05.

Keywords: Model development, health literacy promotion, elderly people

บทนำ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยตนเองซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกาย และ จิตใจ ให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยและเพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางร่างกายอันเนื่องมาจากความถดถอย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความถดถอยของร่างกายจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

พฤติกรรมดูแลและให้ความใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง ถ้าผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อสุขภาพกายโดยการดูแลสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายในรูปแบบที่เหมาะสม เช่น การเดิน วิ่งเบาๆ เป็นต้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำจิตใจให้เบิกบานแจ่มใส ก็จะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายทำให้ดูอ่อนกว่าวัย แต่ถ้าในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุไม่ใส่ใจละเลยต่อสุขภาพของตนเอง ก็จะทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพ และนำไปสู่ความเจ็บป่วย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

เมื่อร่างกายเจ็บป่วยก็จะส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น (ปานชีวา ณ หนองคาย, 2551)

จากการศึกษาสภาพปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่แล้วเกิดจากปัญหาพื้นฐาน คือ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจในรูปแบบการใช้ชีวิตที่ยังไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารที่มีรสชาติดหวาน เค็มจัด เพราะเข้าใจว่าไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เข้าใจว่าผลไม้ทุกชนิดมีประโยชน์สามารถรับประทานได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงรสชาติดหวาน เปรี้ยวไป อีกทั้งในบางพื้นที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ รูปแบบวิถีการใช้ชีวิตยังไม่เหมาะสม จนนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ตามมา

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคลต้องพัฒนาให้ถึงระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) เพื่อที่จะจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้วยตนเองได้ ซึ่งต้องยกระดับความรู้ทางสุขภาพจากระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) การปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นระดับปฏิสัมพันธ์ (Interaction Health Literacy) ด้วยการพัฒนาการสื่อสารและสนับสนุนให้เกิด self-help group ,social support group 6 เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการตนเองได้ เพิ่มแรงจูงใจ และ ความมั่นใจในตนเองในการจัดการสุขภาพตนเอง จนสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในเชิงวิพากษ์ ได้ ความรอบรู้สุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคม และการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคม และสุขภาพของประชาชนทั่วไป (Nutbeam, 2008) ผลการศึกษาระหว่างประเทศได้สะท้อนถึงความบกพร่องของความรู้สุขภาพของประชากรในหลายประเทศสะท้อนว่าประชากรโลก มีความรอบรู้สุขภาพ ยังไม่เพียงพอ ความรอบรู้สุขภาพช่วยให้บุคคลเข้าใจเหตุผลของคำแนะนำและสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการกระทำที่เป็นความรับผิดชอบต่อ

สังคม (Paakkaria & Okanb, 2020) ดังนั้นความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งความรู้ทางสุขภาพ, การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น (Chesser AK et al., 2016)

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. (กองสุศึกษา, 2554) มีความสำคัญยิ่งต่อผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย 1) อ: อาหาร มีความจำเป็นมากต่อการดำรงชีวิต หากร่างกายขาดอาหารหรือได้รับอาหารมากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกายจะเกิดโรค 2) อ: ออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่จะต้องออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ และออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและโรคประจำตัว เพื่อช่วยเสริมความแข็งแรงของร่างกายและ ป้องกันโรคได้ช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก 3) อ: อารมณ์ คือ การจัดการกับอารมณ์ตนเอง ให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสม 4) ส: สูบบุหรี่ คือ การลดละเลิก สูบบุหรี่ และ 5) ส: สุรา คือ การ ลด ละ เลิก ดื่มหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาหลายงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับของความรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อภาวะทางสุขภาพ โดยจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพในระดับสูง (AHRO, 2011; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011) ผลจากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ในช่วงระยะที่ 1 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่มประชากรที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2560) เมื่อพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ความเสื่อมถอยของร่างกายในหลายๆ ด้าน เช่น ทักษะ

ด้านการอ่าน การเขียน การฟัง การได้ยิน รวมทั้งความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะสามารถเรียนรู้สิ่งเหล่านี้ได้ แต่จะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น (พิไลพร สุขเจริญ, 2561) ปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ.2ส. โดยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะในการเรียนรู้ รู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยีที่แพร่หลายในปัจจุบันช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรรา ประเสริฐศรี, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้เห็นถึงความสำคัญของทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพกล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่ดี และถ้าหากผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องก็จะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีด้วย เพราะความรู้ทางสุขภาพไม่ได้ให้ความสำคัญแค่ความรู้ทางทฤษฎีแต่ยังให้ความสำคัญถึงการเข้าถึงข้อมูลและนำความรู้ไปปฏิบัติจนกระทั่งเกิดเป็นลักษณะนิสัยที่พึงประสงค์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบความรู้ทางสุขภาพผู้สูงอายุในเขตจังหวัดปทุมธานีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างขยายผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งกาย จิต สังคม และปัญญาช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเอง หรือลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันและลดการเจ็บป่วย อันเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยหลัก 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัท บีม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วย 6 ด้าน 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) การสื่อสารสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 331 คน และศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 80 คน

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผลในรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

ระยะ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. 1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. 2) สัมภาษณ์ความคิดเห็นของตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 1) ก่อนใช้รูปแบบผู้วิจัยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนใช้รูปแบบ 2) ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ กับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ตามแผนกิจกรรมการเรียนรู้เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) สร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) “เข้าถึง รู้เท่าทันหลัก 3อ.2ส.” เพื่อเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัยเชื่อถือ การรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศ

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-4) “รู้จริงการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ” เพื่อการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) “สื่อสารสุขภาพเข้าใจง่าย” เพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การโต้ตอบ ชักถาม แลก เปลี่ยนเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) “ตัดสินใจสร้างเสริมความรอบรู้” เพื่อเสริมสร้างทักษะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 7) “แผนสร้างเสริมสุขภาพตนเอง” เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กิจกรรมที่ 7 (สัปดาห์ที่ 8) “สร้างพฤติกรรม 3อ.2ส. สู้ความยั่งยืน” เพื่อเสริมสร้างทักษะปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ (post test) 2) ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ต่อรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ 3) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบอีก 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามผล (follow up)

3. การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถาม 1) ทำการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ 3) สร้างเครื่องมือในการวิจัย และเสนอร่างเครื่องมือต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ 4) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective

Congruence) จากผู้เชี่ยวชาญและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.876

2. แบบสัมภาษณ์ 1) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ 2) นำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 คน โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence)

3. รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 1) นำแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ ประกอบด้วย ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory) และแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) 2) แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลอง ของ Nutbeam (2008) 3) จัดทำร่างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 4) นำผลการศึกษาระยะที่ 1 และประยุกต์ใช้แนวคิดที่เลือกสรรข้างต้นมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 5) ร่างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุต่อผู้เชี่ยวชาญ

4. ระยะประเมินผล ประเมินในรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมแผนกิจกรรม (ปรับปรุงจากระยะที่ 1)

การพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์

ในการวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โดยได้รับการรับรองจาก

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดปทุมธานี เลขที่ จริยธรรมการวิจัย PPHO - REC 2566 /11

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential analytics) ได้แก่ Pair t – tests, Independent t – tests, One Way Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและช่วงเวลาด้วยสถิติ One-way Repeated Measures MANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ประยุกต์จากแนวคิดของเบนเนอร์ (Benner, 1994) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ นำข้อมูลที่ได้จากเก็บรวบรวมข้อมูลมาถอดเสียงเป็นอักษรข้อความ อ่านบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาทั้งหมด ตีความตามเค้าโครงของการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูล สรุปรวมนเนื้อหาที่สอดคล้องกันเป็นหมวดหมู่ โดยให้รหัสเป็นประเด็นย่อย (Categories) และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (Themes)

ผลการศึกษา

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

1.1 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า

กลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 46.38$, $SD=4.789$) หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 51.55$, $SD=5.38$) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 55.78$, $SD=3.21$)

กลุ่มควบคุม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 45.30$, $SD=4.48$) หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับพอใช้

($\bar{X} = 44.13$, $SD=4.01$) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 43.65$, $SD=3.72$)

1.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40) จำแนกตาม ก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($t=1.038$, $p=0.302$)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.994$, $p<0.05$) โดยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 51.55$, $SD=5.38$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 44.13$, $SD=4.01$)

ระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.619$, $p<0.05$) โดยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 55.78$, $SD=3.21$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 43.65$, $SD=3.72$)

1.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ($t=-9.236$, $p<0.05$) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 51.55$, $SD=5.38$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 46.38$, $SD=4.78$)

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ($t=1.778$, $p=0.083$)

1.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One Way Repeated Measure ANOVA)

พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F=6611.107$, $df=1$, $p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมรายคู่ ของกลุ่มทดลอง ก่อนการใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยวิธี Bonferroni พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 51.55$, $SD=5.38$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 46.38$, $SD=4.79$)

ก่อนใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 55.78$, $SD=3.21$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 46.38$, $SD=4.79$)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ โดยพบว่า คะแนนระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 55.78$, $SD=3.21$) สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 51.55$, $SD=5.38$)

2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แบ่งตามระยะ พบว่า

กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 22.33$, $SD=2.58$)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 24.05$, $SD=2.03$) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 25.05$, $SD=1.61$)

กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 21.95$, $SD=2.45$) หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 21.53$, $SD=2.41$) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 21.55$, $SD=2.30$)

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมจำแนกตามก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($t=0.665$, $p=0.508$)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.051$, $p<0.05$) โดยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 24.05$, $SD=2.03$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 21.53$, $SD=2.41$)

ระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.879$, $p<0.05$) โดยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 25.05$, $SD=1.61$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 21.55$, $SD=2.30$)

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง ก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ ($t=-5.678$, $p<0.05$) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\bar{X}$

$= 22.33$, $SD=2.58$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 24.05$, $SD=2.03$)

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัด พบว่า

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F=7031.776$, $df=1$, $p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพรายคู่ ของกลุ่มทดลอง ก่อนการใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยวิธี Bonferroni พบว่า

ก่อนใช้รูปแบบ และหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 24.05$, $SD=2.03$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 22.33$, $SD=2.58$)

ก่อนใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 25.05$, $SD=1.61$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 22.33$, $SD=2.58$)

หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ โดยพบว่า คะแนนระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ($\bar{X} = 25.05$, $SD=1.61$) สูงกว่าหลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($\bar{X} = 24.05$, $SD=2.03$)

อภิปรายผล

พฤติกรรม 10 สุขภาพที่พึงประสงค์ได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดทักษะความรู้ด้านสุขภาพ¹⁶

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

จากผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี แต่เพื่อให้เกิดความครอบคลุมควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นด้วย เช่น การนำรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในแต่ละกลุ่มอาการของโรค และทำการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชาย กับผู้สูงอายุเพศหญิง เป็นต้น เพื่อจะได้เห็นว่าผลรูปแบบการป้องกันแตกต่างกันหรือไม่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1 รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุควรมีการปรับกิจกรรม เช่น การนำ

กลุ่มผู้ดูแลมาร่วมกิจกรรม เพื่อให้สามารถนำกิจกรรมไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละครอบครัวได้ เพราะเนื่องจากบางบ้านผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในภาวะพึ่งพิง จำเป็นที่จะต้องสร้างทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแลซึ่งก็คือ ลูก หลาน ญาติ

2 ควรให้มีการนำรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่พัฒนาแล้วไปใช้กับพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ได้ดียังยืน

3 ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีกิจกรรมการทำข้อตกลงร่วมกันกับหน่วยงานบริการสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : การจัดการความเครียด. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุกศึกษา
2. นิคม พุทธา และพลอยประกาย ฉลาดล้ำ. (2565). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 9(3), 46-64
3. ปณตพันธ์ เกียรติกมล และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลวอแก้ว อำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง.วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง, 10(2), 54-66
4. ปานชีวา ณ หนองคาย. (2551). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี.ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
5. ปรีดา สารลักษณ์ และวรรัตน์ ทิพย์รัตน์. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในเขตเทศบาลนครตรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 15(2), 1-12.
6. พิไลพร สุขเจริญ, อริญญา รักหาบ และกมลชนก ทองเอียด. (2561). วิธีการรับรู้ของผู้สูงอายุ: บทเรียนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ 1. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 11(1), 60-81.
7. วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). รายงานฉบับสมบูรณ์ ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
8. แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างคามฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-54.
9. AHRO. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Retrieved February 16, 2018, from <https://doi.org/AHRQ Pub. No. 11-E006-1>
10. Benner P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness and caring practices, Interpretive phenomenology (P. Benner ed.), Sage, Thousand Oaks, California, pp. 99-127.

11. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*, 152(2), 97–107.
12. Chesser A. K., Keene Woods N., Smothers K., Rogers N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2, 1-13. doi: 10.1177/2333721416630492
13. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
14. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072–2078.
15. Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet. Public health*, 5(5), e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4).
16. Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1), 109.