

ผลของโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

The Effects of Health Literacy Community Improving on Health Literacy and Health Behaviors of Working Age, Ban Sa-at Health Promoting Hospital

พงษ์สันต์ ฮามวงศ์* จันทร บุตรพรหม**

Pongson Hamwong, Juntron Butprom

Corresponding author: E-mail: pongson101@hotmail.com

(Received: April 7, 2023 ; Revised: April 15, 2023 ; Accepted: May 10, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two-group design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 132 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 66 คน ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบ Normal distribution assumption โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Student's t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีความรู้ด้านสุขภาพคะแนนมากกว่า 2.16 คะแนน (95%CI :2.01, 2.28) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพคะแนนมากกว่า 1.50 คะแนน (95%CI :1.33, 1.66)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า Intervention ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ; ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; วัยทำงาน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

ABSTRACT

Purposes : To compare health literacy and health behaviors of working-age groups, Ban Sa-at Health Promoting Hospital.

Study design : Quasi-experimental research ; Pretest-posttest two-group design.

Materials and Methods : All total 132 of subjects were working age who met the inclusion criteria, divided into experimental groups and control groups, 66 of each, period of 12 weeks between March and May, 2022. Data were collected using the assessment form. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, normal distribution assumption were checked using Kolmogorov-Smirnov test and the mean were compared using Student's t-test.

Main findings: After the experiment, it was found that the subjects the experimental group had the mean scores for health literacy of working age, Overall, it was statistically significantly more than the control group ($p<.001$), with a health literacy score of more than 2.16 (95%CI: 2.01, 2.28). Overall, it was statistically significantly more than the control group ($p<.001$), with a mean score of health behaviors more than 1.50 (95%CI: 1.33, 1.66).

Conclusion and recommendations : The results suggest that intervention resulted an increase in health literacy and health behaviors of working age.

Keywords : Health Literacy Community; Health Literacy; Health Behaviors; Working Age.

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Roi-Et Provincial Public Health Office.

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Ban Sa-at Health Promoting Hospital.

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนในระดับบุคคลให้มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แผลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจ ให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเอง และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี ทั้งนี้กองสุศึกษา เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพของประชาชน เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลใดมีความรู้ด้านสุขภาพดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง แม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน จึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นการลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศได้ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2561-2564) ที่มุ่งให้ความสำคัญกับการดำเนินการแก้ปัญหาวิกฤติทางสุขภาพของประเทศ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และนับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้ “ความรู้ด้านสุขภาพ” และ “พฤติกรรมสุขภาพ” เป็นตัวชี้วัดสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2561-2564)¹

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดเป้าหมายการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้เป็นเป้าประสงค์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชน โดยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มวัย ประกอบด้วยกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไปประเด็นพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นคือ 7 ประเด็นพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ พื้นที่เป้าหมายทุกตำบล 7,255 ตำบล ครอบคลุม 76 จังหวัด¹ เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ภัยพิบัติและภัยสุขภาพโดยเป้าหมายการให้บริการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาวะโรคและภัยคุกคาม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนมีสถานะเศรษฐกิจที่เหมาะสม²

แต่จากการประเมินผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองเรื่องการมีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ.2564 พบว่า (1) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 54.44 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 20.19 ระดับพอใช้ 18.10 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 7.27 (2) ระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) ของกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 52.58 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ

31.42 ระดับพอใช้ 13.77 และระดับไม่ดีมีเพียงร้อยละ 2.23 (3) กลุ่มวัยทำงานร้อยละ 90.64 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับพอใช้ขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้เล็กน้อยถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ (4) กลุ่มวัยทำงานร้อยละ 65.98 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับดีขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) พบว่า ไม่ดี (5.25%) พอใช้ (13.50%) ดี (24.00%) และดีมาก (57.25%) และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ไม่ดี (0.75%) พอใช้ (12.00%) ดี (36.25%) และดีมาก (51.00%)³

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของความรู้และพฤติกรรมข้างต้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ รายได้ ความเครียด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ให้บริการและการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ⁴ และจากการศึกษาของวัชรพร เขยสุวรรณ⁵ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม ดังนี้ (1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษาสภาพร่างกาย ความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการใช้ชีวิต ระดับความเครียด และการจัดการความเครียด สถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต การปรับปรุงโอกาสทางเลือกและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล เช่น ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ

การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในบ้านและครอบครัวที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และ (3) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

เช่นเดียวกับจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ถูกต้อง และเหมาะสมจะสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ การมีความรอบรู้สุขภาพที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นทั้งผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดี อันแสดงถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง นอกจากนั้นยังมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่แสดงให้เห็นว่า คนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ หรือมีสถานะที่ยังไม่ฉลาดเพียงพอ เช่น การอ่านฉลากยาไม่ออก การอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตามแพทย์สั่งไม่ถูกต้อง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และหากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ⁵ ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ⁶ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจสุขภาพหรือคัดกรองมะเร็ง ซึ่งคนทำงานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพ

ผลพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้การดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน⁷

อย่างไรก็ตามการพัฒนางานความรู้เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังต้องการวิจัยทัศนร่วมจากทุกฝ่ายในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการพัฒนา โดยไม่ยึดติดการทำงานแบบเดิม ซึ่งนอกจากจะทำให้สิ้นเปลืองแรงงานและทรัพยากรแล้ว ยังทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการพัฒนาความสามารถและทักษะเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ ทำให้ชีวิตรอดในโลกที่มีข้อมูลข่าวสารท่วมท้นและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว⁸ เพราะฉะนั้นการขับเคลื่อนให้เกิด Health Literate Community สิ่งสำคัญที่ต้องเปลี่ยนคือ การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะเราคิดแทนเขา ไม่เคยฟังเขา ไม่เคยนำบริบท ทูทางสังคมมาพิจารณา ออกแบบโครงการ ดังนั้น จึงต้องมีการสื่อสารสุขภาพในทุกองค์กร เพราะนักสาธารณสุขทำงานเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมโดยใช้กลไกทางสังคม เพื่อเอื้อให้คนเกิดทักษะและจัดการตนเองได้⁹

กล่าวได้ว่าในระดับตำบลก็เช่นกันเป็นการประสานการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในหมู่บ้านและชุมชน ทำให้คนในหมู่บ้านและชุมชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าที่เรียกว่า ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพระดับตำบลเป็นตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพดูแลทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทุกหมู่บ้านในแต่ละตำบล โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนอย่างเข้มแข็ง จึงต้องมีการบริหารจัดการและขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพระดับตำบลเป็นกระบวนการบริหารจัดการในระดับตำบล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในตำบล มีกระบวนการดำเนินงาน คือมีการจัดตั้งและพัฒนาคณะทำงานหรือทีมขับเคลื่อนงานสุขศึกษากระดับตำบล การศึกษาข้อมูล ทำความเข้าใจภาวะสุขภาพและปัจจัยสาเหตุของปัญหาสุขภาพในตำบล/ชุมชน การกำหนด

เป้าหมายและวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกับพื้นที่เป้าหมายในตำบล การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่เป้าหมายระดับตำบล การประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบล และการส่งเสริมพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ โดยจัดทำเป็นโปรแกรม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two-group design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2565 ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3,842 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีภูมิลำเนาในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งหมด 3,842 คน จากหมู่บ้านทั้งหมด 14 หมู่บ้าน ที่ได้มาจากการคัดเลือกโดยการสุ่มเลือกพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัยโดยการจับฉลากหมู่บ้าน จำนวน 2 หมู่บ้าน เป็นกลุ่มทดลองได้แก่ บ้านคำแย หมู่ที่ 5 มีกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 264 คน กลุ่มควบคุม ได้แก่ บ้านสะอาด

หมู่ที่ 4 มีกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 230 คน หลังจากนั้นจึงกำหนดคุณสมบัติ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ในกลุ่มทดลองจำนวน 66 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 66 คน แต่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจำนวนกลุ่มละ 132 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด 2) อายุตั้งแต่ 15-59 ปี 3) สามารถอ่านออก และเขียนได้ และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ต้องไปทำงานหรือย้ายภูมิลำเนาขณะดำเนินโครงการวิจัย และ 2) ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 คำนวณ Effect size จากงานวิจัยของรุ่งภา อาระหงษ์¹⁰ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐมโดยใช้ค่าพารามิเตอร์ Effect size $d=0.730$, α err prob=0.05 และ Power ($1-\beta$ err prob)= 0.95 ตัวอย่าง 132 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹¹ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 66 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบประเมินของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบประเมินประกอบด้วย ตัวแปรเพศ อายุ การศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษา บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่

และการซื้อยาแก้อักเสบหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่น เป็นหวัด เจ็บคอหรือท้องเสีย จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการประเมินว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีความสามารถและทักษะในประเด็นเหล่านี้ มากน้อยเพียงใด 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร (การโต้ตอบ/ซักถาม) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ตัดสินใจ) ทักษะการจัดการตนเอง (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (บอกต่อ) เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความเป็นจริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จำนวน 24 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพเป็นการประเมินว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพในประเด็นเหล่านี้ มากน้อยเพียงใด 7 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 6-7 วัน ให้ 5 คะแนน 4-5 วัน ให้ 4 คะแนน 3 วัน ให้ 3 คะแนน 1-2 วัน ให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน จำนวน 10 ข้อและการจัดการความเครียด การป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ความถี่ในการปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน บ่อยครั้ง 2 คะแนน น้อยครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน จำนวน 8 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด ในระดับหมู่บ้านเป็นการดำเนินการพัฒนาระดับให้เป็น “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนา

หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการหลักระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในระดับตำบลและแกนนำ (กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน) ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เกษตรอำเภอ/ตำบล พัฒนาชุมชน แกนนำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือปราชญ์ชาวบ้าน) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น มีบทบาทกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ

สัปดาห์ที่ 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพ โดยศึกษาบริบท/สถานการณ์การเจ็บป่วย/พฤติกรรมอาการออกกำลังกาย การกินผัก ผลไม้สดที่ปลอดภัยและลดอาหารไขมันตลอดจนปัจจัยเอื้อในหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการประกอบการวางแผนและการจัดกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนให้พื้นที่เป้าหมายมีการจัดเวทีชาวบ้านในการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและจัดทำโครงการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ แผนการพัฒนาหมู่บ้าน/แผนปฏิบัติการกำหนดมาตรการทางสังคมของหมู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องครอบคลุมทั้งกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการออกกำลังกาย กินผัก ผลไม้สดปลอดภัยและลดอาหารไขมันและการจัดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4-9 การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การกินผักและผลไม้สดปลอดภัย การลดอาหารไขมัน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1) มีสถานที่สำหรับให้ประชาชนออกกำลังกายอย่างน้อย 1 แห่ง 2) มีวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับใช้ออกกำลังกาย 3) จัดให้มีแหล่งปลูกผักปลอดสารพิษรวม

(ศูนย์การเรียนรู้เกษตรอินทรีย์) อย่างน้อย 1 จุด (วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ) 4) หมู่บ้านมีแหล่งน้ำอยู่ใกล้บริเวณปลูกผักรวมของหมู่บ้าน 5) จัดสถานที่ในการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมู่บ้าน (ศูนย์การเรียนรู้ ป้ายส่งเสริม ได้แก่ 1) หมู่บ้านมีมาตรการทางสังคมของหมู่บ้าน และ 2) จัดให้มีการประเมินประจวบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ เพื่อยกย่อง ชมเชย โดยมอบใบประกาศเกียรติคุณและโล่ชนะเลิศ

สัปดาห์ที่ 10 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดยดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย กินผัก ผลไม้สดปลอดภัยและลดอาหารไขมัน ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และประสานการใช้ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานกับหน่วยงาน/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

สัปดาห์ที่ 11 การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นการแสวงหาภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยภาคีเครือข่ายภาครัฐที่จะส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสาธารณสุข ด้านเกษตรกรรม ด้านพัฒนาชุมชน ด้านศึกษาฯ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปจ. อบต. เทศบาล) ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ บริษัท ห้างร้านมูลนิธิ ฯลฯ หรือภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำชุมชนกลุ่ม/ชมรม อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลการพัฒนา ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน การประเมินผลความสำเร็จการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดเวทีสรุป นำเสนอ และจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง และลงนามในใบยินยอม ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและดำเนินการทดลองตามกิจกรรมการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดทำไว้ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบ Normal distribution assumption โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานโดยใช้สถิติ Student's t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1562564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(66.7%) อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD.=12.59) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. (47.0%) บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมเป็นแกนนำชุมชน (66.7%) ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่(เฉพาะผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่) คิดจะเลิกสูบบุหรี่ (53.0%) ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่(ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้วหยุดสูบบุหรี่) 2 ปี ขึ้นไป (66.7%) และไม่เคยซื้อยาแก้อักเสบ/ยาฆ่าเชื้อมากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ท้องเสีย (77.3%) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.5%) อายุเฉลี่ย 46 ปี (SD.=12.20) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. (57.6%) บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมเป็นแกนนำชุมชน (54.5%) ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่(เฉพาะผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่) ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ (54.5%) ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่(ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้วหยุดสูบบุหรี่) 2 ปี ขึ้นไป (53.0%) และไม่เคยซื้อยาแก้อักเสบ/ยาฆ่าเชื้อมากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ท้องเสีย (65.1%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง (n=66)	กลุ่มควบคุม(n=66)
เพศ	ชาย	22(33.3)	30(45.5)
	หญิง	44(66.7)	36(54.5)
อายุ (ปี)	Mean(SD.)	43.54(12.59)	45.56(12.20)
	Min(max)	16.0(58.0)	16(58.0)
การศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ		6(9.1)	6(9.1)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=66)	กลุ่มควบคุม(n=66)
ประถมศึกษา	3(4.6)	2(3.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	9(13.6)	5(7.6)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17(25.8)	15(22.7)
อนุปริญญา/ปวส.	31(47.0)	38(57.6)
บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม		
อสม. อสค.	22(33.3)	30(45.5)
แกนนำชุมชน	44(66.7)	36(54.5)
ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่(เฉพาะผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่)		
ไม่แน่ใจที่จะเลิก	10(15.2)	24(36.4)
คิดจะเลิกสูบบุหรี่	35(53.0)	6(9.1)
ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่	21(31.8)	36(54.5)
ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่(ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้วหยุดสูบบุหรี่)		
น้อยกว่า 1 เดือน	4(6.1)	13(19.7)
3-6 เดือน	2(3.0)	1(1.5)
7-32 เดือน	9(13.6)	14(21.2)
1-2 ปี	7(10.6)	3(4.5)
2 ปี ขึ้นไป	44(66.7)	35(53.0)
ซื้อยาแก้ไอ/ยาฆ่าเชื้อมากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ท้องเสีย		
ทุกครั้ง	1(1.5)	0(0.0)
บ่อยครั้ง	6(9.1)	6(9.1)
น้อยครั้ง	8(12.1)	17(25.8)
ไม่ปฏิบัติ	51(77.3)	43(65.1)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้าน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพคะแนนมากกว่า 2.16 คะแนน (95%CI

:2.01, 2.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 6 ด้าน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพของวัยทำงานมากกว่า เฉลี่ยมากกว่า 1.99, 2.12, 2.23, 2.22, 2.12, 2.13 คะแนน
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $< .001$,
(95%CI : 1.73, 2.25: 1.89, 2.33: 2.03, 2.42: 2.01, 2.42:
<.001, <.001, <.001, <.001) ตามลำดับ โดยมีคะแนน 1.88, 2.35: 1.88, 2.37) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	66	4.39(0.85)	1.99(0.13)	1.73, 2.25	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.65)			
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
กลุ่มทดลอง	66	4.50(0.65)	2.12(0.11)	1.89, 2.33	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.38(0.61)			
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ					
กลุ่มทดลอง	66	4.54(0.53)	2.23(0.09)	2.03, 2.42	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.31(0.58)			
การตัดสินใจด้านสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	66	4.58(0.54)	2.22(0.10)	2.01, 2.42	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.36(0.64)			
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง					
กลุ่มทดลอง	66	4.52(0.54)	2.12(0.12)	1.88, 2.35	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.77)			
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	66	4.53(0.68)	2.13(0.12)	1.88, 2.37	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.74)			
โดยรวม					
กลุ่มทดลอง	66	4.53(0.53)	2.16(0.06)	2.01, 2.28	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.37(0.35)			

3.การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของ
วัยทำงาน โดยรวม และเป็นรายด้าน หลังการทดลอง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
สุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
สุขภาพคะแนนมากกว่า 1.50 คะแนน (95%CI:1.33, 1.66)
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 7 ด้าน หลังการทดลอง พบว่า
กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

สุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การป้องกันโรค และการใช้ยา อย่างสมเหตุผลของวัยทำงาน มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $< .001$, $< .001$,

$< .001$, $< .001$, $< .001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 2.07, 2.09, 2.04, 1.89, 0.78, 0.71, 0.86 คะแนน ตามลำดับ (95%CI : 1.84, 2.29: 1.83, 2.34: 1.79, 2.29: 1.60, 2.18: 0.51, 1.04: 0.39, 1.01: 0.53, 1.19) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวม และเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
การบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง	66	4.47(0.61)	2.07(0.11)	1.84, 2.29	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.69)			
การออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	66	4.48(0.74)	2.09(0.12)	1.83, 2.34	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.39(0.74)			
การสูบบุหรี่					
กลุ่มทดลอง	66	4.46(0.67)	2.04(0.13)	1.79, 2.29	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.42(0.78)			
การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
กลุ่มทดลอง	66	4.42(0.78)	1.89(0.14)	1.60, 2.18	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.53(0.89)			
การจัดการความเครียด					
กลุ่มทดลอง	66	3.17(0.79)	0.78(0.13)	0.51, 1.04	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.39(0.72)			
การป้องกันโรค					
กลุ่มทดลอง	66	3.20(0.65)	0.71(0.15)	0.39, 1.01	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.49(1.10)			
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล					
กลุ่มทดลอง	66	3.28(0.75)	0.86(0.16)	0.53, 1.19	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.42(1.17)			
โดยรวม					
กลุ่มทดลอง	66	3.93(0.45)	1.50(0.08)	1.33, 1.66	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.43(0.53)			

วิจารณ์

ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลการวิจัยในประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญ ได้แก่ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเช่นกัน

1) หลังจากทดลองใช้โปรแกรมมาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า 2.16 คะแนน ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในอำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมาที่จัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง โดยการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยตามเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย และคำแนะนำสำหรับนักเรียน ผู้ปกครอง รับทราบแล้วลงชื่อไว้เป็นหลักฐานพร้อมผู้วิจัยและพยานในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน และจัดกิจกรรมโปรแกรมลดดัชนีมวลกาย โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเตือนตนเอง จำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลาจัดกิจกรรมทั้งหมด 24 สัปดาห์ (6 เดือน) ระหว่างการเข้าโปรแกรมลดดัชนีมวลกาย นักเรียนสามารถสอบถามและขอคำแนะนำจากผู้วิจัย หรือทีมวิจัยได้ตลอดเวลา และประเมินผลโดยวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 24 หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคอ้วนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนมากกว่ากลุ่มควบคุม¹² เช่นเดียวกับการศึกษากับผู้ป่วยเบาหวานในตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹³ หลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ต่ำกว่าก่อนการพัฒนา และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม¹⁴

2) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า 1.50 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่หน่วยงานโรคเบาหวาน กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร หลังจากดำเนินการแล้ว 4 สัปดาห์ และประเมินผลพบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าก่อนทดลอง¹⁵; หลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการพัฒนาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน¹³

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง หรือเน้นการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ที่แบนดูรา (Bandura)¹⁷ ที่เชื่อว่าสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นจากปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factor) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment) เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ทั้งนี้ Bandura ได้กล่าวเพิ่มความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม โดยความสัมพันธ์ในบางปัจจัยอาจจะมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม เช่น เพศ อายุ การศึกษา ความคาดหวัง ความเชื่อการรับรู้เกี่ยวกับตัวเอง เป้าหมายและเจตนาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม เช่น กระบวนการเรียนรู้ การอบรมเลี้ยงดู และการชักชวน ซึ่ง Bandura เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ และสามารถเรียนรู้ได้โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Direct Experience) และการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Observational Modeling)

กล่าวได้ว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Direct Experience) เป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับผลจากการกระทำของตัวเองทั้งที่เป็นด้านบวกและด้านลบ คือ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่เข้ามากระตุ้นก็จะแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งผลจากการแสดงพฤติกรรมก่อให้เกิดผลดี ก็จะยังคงทำต่อไป ในทางตรงข้ามถ้าการแสดงพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดผลร้ายกับตัวเรา ก็จะเลิกปฏิบัติหรือละทิ้งพฤติกรรมนั้นแสดงว่าตัวเราได้เกิดการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive Capacities) การพิจารณา ก่อนแสดงพฤติกรรม ส่วนการเรียนรู้จากการสังเกตจากตัวแบบ (Observational Modeling) เป็นผลมาจากการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบต่างๆ ตามสภาพแวดล้อม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (Live Model) เป็นตัวแบบที่ตัวเราพบเจอในชีวิตจริง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ ครู เพื่อน เป็นต้น และ 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่พบเห็นโดยผ่านสิ่งต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ทีวี หนังสือพิมพ์ การ์ตูน นิยาย เป็นต้น ตัวแบบทั้ง 2 ชนิดนี้ มีผลต่อการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ตัวแบบสัญลักษณ์จะมีผลต่อการแสดง

พฤติกรรมได้มากกว่า ตัวแบบเหล่านี้มีอิทธิพลทำให้คนบางคนแสดงพฤติกรรม หรือไม่แสดงพฤติกรรมก็เนื่องมาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากตัวแบบ ไม่ใช่การเลียนแบบพฤติกรรม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ได้ผ่านกระบวนการทางปัญญาภายในตัวเราก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งการเรียนรู้จากการสังเกตนี้เป็นกระบวนการทางปัญญาดังนั้น Bandura¹⁷ จึงได้แบ่งการเรียนรู้จากการสังเกตออกเป็น 4 กระบวนการ คือ กระบวนการใส่ใจ (Attention Processes) กระบวนการจดจำ (Retention Processes) กระบวนการทำตาม (Reproduction Processes) และกระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) ดังนั้นจึงส่งผลให้หลังการทดลอง ประชาชนวัยทำงานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อสังเกตว่าความรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงานด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมน้อยกว่าทุกด้าน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดคลินิกและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มวัยทำงานสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพตามอาการหรือสงสัยว่ามีอาการป่วยจากโรคที่ทันท่วงที สามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาของคนในครอบครัวที่เป็นอยู่ แหล่งบริการสุขภาพควรให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และคืนข้อมูลสุขภาพที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อสังเกตว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าทุกด้าน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดคลินิกหรือจัดทำโครงการฯ ให้กลุ่มวัยทำงานได้เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความเครียดอย่างเร่งด่วน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา. แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: 25 มีเดีย; 2563.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2563. ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; 2564.
3. กองสุกศึกษา. สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (วัยทำงานและวัยเรียน) ในพื้นที่ดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ๖ แห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ฉบับย่อ). นนทบุรี: กลุ่มแผนงานและประเมิน กองสุกศึกษา; 2564.
4. สุภาพร มงคลหมู่, ชัญญิชาดาสุขฤทิ์ ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2565;17(2): 168-75.
5. วัชรพร เขยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยธานี. 2560;44(3):183-97.
6. Ho TG, Hosseinzadeh H, Rahman B, Sheikh M. Health literacy and health-promoting behaviours among Australian-Singaporean communities living in Sydney metropolitan area. Proceedings of Singapore Healthcare. 2018;27(2):125-31.
7. Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kiuchi T. Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. Prev Med Rep. 2019;14:100811.
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2562.
9. ชาตรี แมตส์, ศิวีโลห์ วนรัตน์วิจิตร. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560;9(2):96-111.
10. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
11. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
12. อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา; 2564.
13. ภคภณ แสนเดชะ, ประจวบ แผลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุกศึกษา. 2563;43(2):150-64.
14. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ, วริศรา ปันทองกลาง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์. 2564;34(2):71-86.
15. สุรสิทธิ์ แจ่มภักดี. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2565.
16. เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, อนุชิต สว่างแจ้ง, คัทธยา วสุธาดา, ดาราวรรณ รองเมือง, ไรจน์เมธิ์ศรี ไวยกุล. การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. วารสารวิทยาลัย

พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2565;33(1):136-52.

17. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1986.