

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19
ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
Effects of a Health Literacy Enhancement Program for COVID-19 Prevention
on Health Literacy and Prevention Behavior of COVID-19
among Village Health Volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District,
Ratchaburi Province

รจนารถ ชูใจ^{1*}, ชลธิชา บุญศิริ¹ และ กมลพร แพทย์ชีพ¹
Rojanat Choojai^{1*}, Chonticha Boonsiri¹ and Kamonporn Patcheep¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี^{1*}
Borommarajonani College of Nursing Ratchaburi^{1*}

(Received: September 30, 2020; Revised: December 24, 2020; Accepted: February 04, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 35 คน ตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และ .86 ตามลำดับ และได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t- test ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 ($M=104.69$, $SD=5.34$) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M=100.89$, $SD=6.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ($M=77.11$, $SD=8.210$) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M=76.60$, $SD=7.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ทีมสุขภาพควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขยายผลในประชากรกลุ่มอื่นโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมให้สอดคล้องกับความต้องการในบริบทด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอรวมทั้งผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาต่ำและรายได้น้อย โดยสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพด้วยภาษาที่เข้าใจและเข้าใจง่าย พร้อมสร้างแรงจูงใจสู่การตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมจนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19, พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: crojanat@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 0815531808)

Abstract

The purpose of this quasi experimental research with one-group pretest-posttest design was to compare the difference of health literacy and COVID-19 prevention behaviors before and after participation a health literacy enhancement program for COVID-19 prevention. Subjects were 35 village health volunteers in Don Tako Sub-district, into Muang District of Ratchaburi Province, who received a 7-week health literacy enhancement program for COVID-19 prevention. Data were collected through a 3-part questionnaire: personal data, health literacy and COVID-19 prevention behaviors. Instruments were examined for content validity by qualified experts, yielding values of .80 and 0.86, respectively. Reliability was tested by Kuder-Richardson (KR-20), yielding values of .82 and .88, respectively. Data were then analyzed for finding frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test. Results were as follows.

1. Mean score on health literacy of experimental group, after receiving the health literacy enhancement program for COVID-19 prevention was statistically significantly higher ($M=104.69$, $SD=5.34$) than before ($M=100.89$, $SD=6.73$) at the 0.01 level.

2. Mean score on COVID-19 prevention behaviors of experimental group, after receiving the health literacy enhancement program for COVID-19 prevention, was statistically significantly higher ($M=77.11$, $SD=8.21$) than before ($M=76.60$, $SD=7.39$) at the 0.01 level.

The findings suggest that health literacy development should be provided for village health volunteers, and expanded to other population. This program should be applied to enhance health literacy for COVID-19 prevention, among those with inadequate health literacy level, including elderly, low educational level, and low income by communicating health information in a language that is accessible and easy to understand so that they will make appropriate decision leading to good health outcome.

Keyword: Health Literacy Enhancement, COVID-19 Prevention, Village Health Volunteers

บทนำ

จากสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าเป็นไวรัสอุบัติการณ์ใหม่ที่พบการแพร่ระบาดครั้งแรกในมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อเดือนธันวาคม 2562 และเมื่อมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจโดยรวมของประชาชน อีกทั้งส่งผลกระทบทั้งระดับจุลภาค และมหัพภาคของประเทศ ผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การต้องหยุดทำงานของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งผลต่อการค้าและธุรกิจในประเทศและต่างประเทศนับตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคโควิด-19 ทั่วโลก (Coronavirus Disease 2019: COVID -19) ถึง 2,800,000 คน และพบยอดผู้เสียชีวิตจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั่วโลกเพิ่มสูงกว่า 179,838 ราย ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดโรคและการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น (Dong, Du, & Gardner, 2020) จากการสำรวจพบว่าประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการติดเชื้อของโรคโควิด-19 โดยมีผู้ป่วยในปัจจุบันในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 จำนวน 2,839 ราย และเสียชีวิตจำนวน 50 ราย (Dong, Du, & Gardner, 2020) รวมทั้งยังพบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ เนื่องจากประชาชนยังมีการเคลื่อนย้ายหรือเดินทางไปมาหาสู่กัน รวมทั้งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นเรื่องใหม่น้อย การเข้าถึงข้อมูลและการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบการระบาดของกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคโควิด-19 เห็นได้จากรายงานสถานการณ์จากศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 ณ วันที่ 20 เมษายน 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคโควิด-19 จำนวน 8 ราย มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ จำนวน 1 ราย มีผู้ป่วยเฝ้าระวัง จำนวน 80 ราย นอกจากนี้จังหวัดราชบุรีเป็นพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เขตเมืองที่เป็นแหล่งชุมชน มีการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างหนาแน่น และประชาชนในชุมชนมีการป้องกันตนเองเพียงบางส่วน เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยบางครั้ง การล้างมือหลังทำกิจกรรมเป็นบางครั้ง รวมทั้งขาดความตระหนักเรื่องการเว้นระยะห่างเมื่อเข้าไปในเขตพื้นที่ชุมชนหรือทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนเป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเอง ทำให้เกิดโรคและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก (Ministry of Public Health, 2020) นำไปสู่ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ดังนั้นการมีข้อมูลเพียงพอเพื่อเป็นแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ประชาชนในพื้นที่จังหวัดราชบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง ได้มีการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดจากการรับความรู้ไม่ถูกต้อง สร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคโควิด-19 และปรับพฤติกรรมเสี่ยงให้กับกลุ่มเสี่ยงได้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและประชาชนทั่วไปเป็นต้น

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้นโดยนัทบีม (Nutbeam, 2008) ได้จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับที่สอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) และระดับที่สาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcomes) ซึ่งประเทศไทยมีการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อนำพาประชาชนทั้งประเทศสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2017) นำเครื่องมือมาใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self - Management Skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2015)

จากการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย เป็นงานวิจัยที่ทดลองส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการต่าง ๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำ รายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้สื่อหลากหลายประเภท สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 28 ในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ (Raethong, 2019) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานในลักษณะจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือประชาชนในละแวกบ้านโดยได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นแบบง่าย ๆ โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการฟื้นฟู

สภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2012)

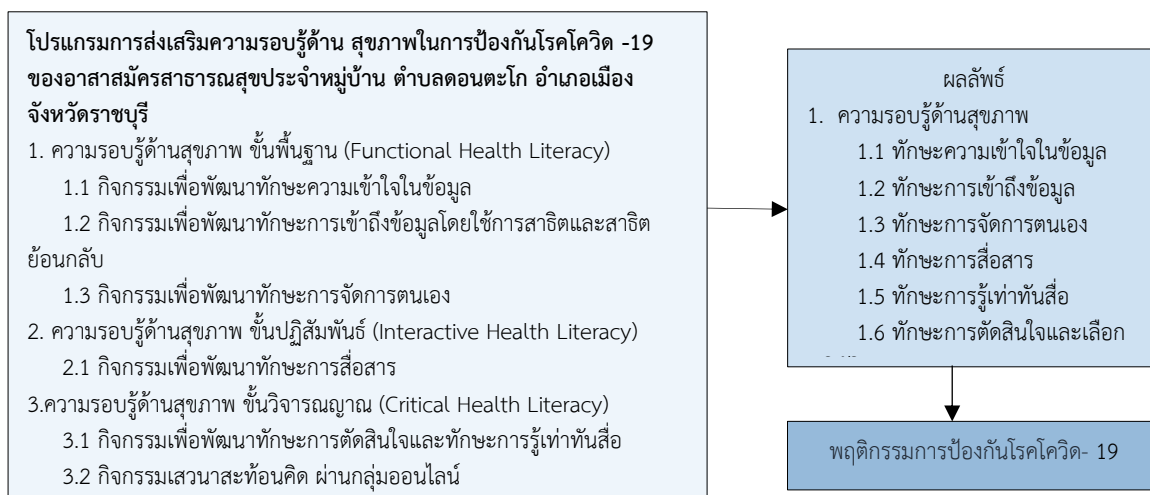
จากการสำรวจทางระบาดวิทยาที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนตะโก ปี พ.ศ.2563 ยังไม่พบผู้ป่วยเป็นโรคโควิด-19 ในเขตตำบลตอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี แต่เพื่อการเฝ้าระวังโรคดังกล่าวในพื้นที่เสี่ยง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่า การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ยังไม่พบการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งกลุ่มอาสาสมัครดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพและเป็นแกนหลักสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่ ในการนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดย นัทบีม (Ministry of Public Health, 2020) ดำเนินการตามกระบวนการ 3 ขั้นตอน ซึ่งมีระดับการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่หนึ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับที่สอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) และระดับที่สาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ในการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ ทางสุขภาพ โดยการวัดประเมินผลจากความรู้อะไรเรื่องโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยผ่านกระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอน ที่มุ่งแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและส่งเสริมป้องกันโรคโควิด-19 พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขยายผลในประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-19

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine, 2004) โดยนัทบีม ให้นิยามคือ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและ ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับที่สองความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) และระดับที่สามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health literacy) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯโดยเน้นการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวิธีการที่หลากหลายส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2010) โดยอธิบายตามกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) รูปแบบการศึกษากลุ่มเดียวควบคุมในตนเอง (One-Group Self-Control Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ตำบลดอนตะโก จำนวน 61 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คืออายุระหว่าง 18-60 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีความผิดปกติหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว มึนงง พูดไม่ชัด เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 35 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ใช้โปรแกรมคำนวณของ G* ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 30 คิดเป็น 8 คน นำมารวมกับ 27 คน จึงได้ทั้งหมด คิดเป็น 35 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19ต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งในโปรแกรมนี้นักศึกษาได้นำมา 3 ขั้นตอน 1) การสร้างความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) 2) การสร้างความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ Interactive Health Literacy) และ 3) การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health Literacy) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะงานหลักหรืออาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจากปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองโดยใช้องค์ความรู้แนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (Ministry of Public Health, 2018) ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับจากปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ

1.1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ดัดแปลงจากต้นฉบับ ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2015) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .82

1.2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองโดยใช้ของ (Ministry of Public Health, 2018) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .88

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงตัวอย่างในตำบลคูบัว จำนวน 15 คน

2.1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 45 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

2.2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ความเที่ยงโดยวิธี test-Retest Reliability ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในตัวอย่างกลุ่มเดียว แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนการทดลอง ขั้นทดลอง และขั้นหลังการทดลองวิจัย ใช้เวลาการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 7 สัปดาห์

ขั้นก่อนการทดลอง

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารแหล่งเก็บข้อมูลแล้วจึงดำเนินการดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประชุมเพื่อวางแผนและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการวิจัย เช่น การสร้างกลุ่มออนไลน์ เป็นต้น
3. จัดทำคู่มือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19)
4. ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายกับตัวอย่าง
5. ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19

ขั้นตอนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

สัปดาห์ที่ 1 จัดประชุม เรื่อง ปฐมนิเทศการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลคอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน และ คณะวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ข้อมูลโปรแกรมรวมทั้งการเข้าร่วมการศึกษาแจ้งขั้นตอนการวิจัยและให้เวลาการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยนัดประชุมและวางแผนการเข้าร่วมงานวิจัยพร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยชี้แจงการทำแบบสอบถามแต่ละชุด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (Pre- test)

5. ผู้วิจัยสร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

6. นัดหมายครั้งต่อไปดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 2 จัดประชุม เรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุม มีกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วม จำนวน 35 คน และคณะวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอ ชุดสื่อวีดิโอและภาพนิ่งประกอบ โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประกอบกิจกรรมโรคโควิด-19

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด-19 อันตรายและผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ต่อการเกิดโรคโควิด-19 การป้องกันโรค โดยใช้สื่อวีดิโอ สสส. เรื่องการป้องกันโรคโควิด-19

3. ผู้วิจัยสร้างความตระหนักในการส่งเสริม ป้องกันโรค ฟันฟูโรค ที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง

4. ผู้วิจัยสร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการจัดการตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน และ คณะวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยสาธิตและสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube การใช้คำสืบค้น เช่น โรคโควิด-19 เป็นต้น

2. ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันสืบค้นผ่านโทรศัพท์โดยใช้เกมสับัตรคำจำนวน 4 ความหมาย

3. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 4-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผ่านกระดานนำเสนอผลงาน

4. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล หน้าห้องประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

5. ผู้วิจัยประเมินผลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างที่เหลือตอบถาม 4 ข้อ ในเกมสับัตรคำ

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิค 1 คำถามในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ “ทำอย่างไรให้ปลอดภัยจากโรคโควิด” เป็นแนวทางการจัดการตนเอง

7. ผู้วิจัยแจกกระดานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายบุคคลและตอบโจทย์คำถาม

8. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยมีโจทย์คำถาม คือ เราจะทำอย่างไรกับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับสถานการณ์โรคโควิด -19

9. แจกคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด- 19 (COVID -19)

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health) จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา

สัปดาห์ที่ 4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ทักษะการสื่อสารโดยใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม (Participatory Learning) ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน และ คณะวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยพูดคุยแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับการนำผลการจัดการตนเองเรื่องการป้องกันโรคโควิด-19 ของตนเองโดยร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้ทักษะการสื่อสาร พูด อ่านหรือเขียน เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

2. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 4-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผ่านกระดานนำเสนอผลงาน

3. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล หน้าห้องประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม สัปดาห์ที่ 5 จัดประชุม เรื่อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน และคณะวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้ข้อความโฆษณาการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3-5 ข้อความ และแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 5-6 คน และให้กลุ่มช่วยกันระดมความคิดเห็นและถ่ายทอดผ่านออนกระดานเขียนแบบและนำเสนอรายกลุ่ม

2. กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือ หรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง

3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่มเรื่องการใช้อุปกรณ์ออนไลน์

4. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์การอาหารและยา มูลนิธิหมอชาวบ้าน กองสุศึกษา กระทรวง สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)

สัปดาห์ที่ 6 จัดประชุม เรื่อง กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจ ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน และ คณะวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้สื่อภาพนิ่งจากสื่อออนไลน์ผ่านสื่อกูเกิล, เฟสบุ๊ก และยูทูป ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกและบอกแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ โดยกำหนดเป็นตัวเลือกรวมและให้เรียงลำดับสื่อออนไลน์ตามความน่าเชื่อถือโดยประเมินรายบุคคล

2. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล หน้าห้องประชุมพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 7 จัดประชุม เรื่อง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน และ คณะวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดเวทีเสวนาสะท้อนคิด และอธิบายความเปลี่ยนแปลงผ่านกลุ่มออนไลน์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยส่งข้อความสื่อออนไลน์ ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19

2. กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตาม หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด การสะท้อนกลับด้านพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด -19 บันทึกผลและกระตุ้นเตือน ให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. ประเมินเป็นผลรายบุคคล บันทึกพฤติกรรมผ่านไลน์กลุ่ม เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลในการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม โดยการเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t- test

จริยธรรมวิจัย

วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ได้หมายเลขรับรอง BCNR 025/2563 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 35)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.86
หญิง	34	97.14
อายุ (ปี)		
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18-30 ปี)	7	20.00
วัยกลางคน (31-45 ปี)	22	62.85
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (46- 60 ปี)	6	17.15
สถานภาพสมรส		
โสด	3	8.58
สถานภาพสมรส/คู่	24	68.57
หม้าย/หย่า/แยกทาง	8	22.85
ศาสนา		
พุทธ	35	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	28.58
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	54.28
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	4	11.44
อนุปริญญาและ ปวส.	1	2.86
ปริญญาตรี	1	2.86
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	5.71
เกษตรกรกรรม	8	22.85
ข้าราชการ	1	2.86
ค้าขาย	7	20.00
รับจ้าง	11	31.43
ธุรกิจส่วนตัว	3	8.58
ลูกจ้าง	1	2.86
อื่น ๆ	2	5.71

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.14 กลุ่มอายุที่มีความถี่สูงสุดคือ วัยกลางคน (31- 45 ปี) ร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 39.35 อายุน้อยที่สุด 18 ปีและอายุมากที่สุด 60 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 54.28 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 31.43

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 35)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	100.89	6.73	ดี	104.69	5.34	ดี	3.191	.002
1.1 ทักษะความเข้าใจในข้อมูล	13.03	1.54	ดี	14.57	1.56	ดี	6.159	<.001
1.2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	19.60	4.11	ปานกลาง	20.31	2.69	ดี	0.744	<.001
1.3 ทักษะการจัดการตนเอง	18.74	2.70	ปานกลาง	20.03	2.48	ดี	0.754	<.001
1.4 ทักษะการสื่อสาร	21.49	2.81	ดี	22.49	3.42	ดี	1.155	<.001
1.5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	19.17	2.70	ปานกลาง	20.74	3.56	ดี	1.839	<.001
1.6 ทักษะการตัดสินใจแลเลือกปฏิบัติ	8.46	1.12	ดี	9.83	2.27	ดี	1.207	.002

จากตาราง 2 พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของกลุ่มพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีจำนวน 3 ด้านคิดเป็นร้อยละ 50 ประกอบด้วย ทักษะความเข้าใจในข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจแลเลือกปฏิบัติ รองลงมาอยู่ในระดับดี 3 ด้าน คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หลังการทดลองพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้านอยู่ในระดับดีจำนวน 6 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยทักษะความเข้าใจในข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจแลเลือกปฏิบัติเพิ่มจากระดับพอใช้เป็นระดับดีทุกทักษะและพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น 1.57 คะแนน ส่วนด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล เพิ่มขึ้น 0.74 คะแนน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=35)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	M	SD	t	df	p-value
ระยะก่อนทดลอง	76.60	7.40	0.243	34	0.035
ระยะหลังทดลอง	77.11	8.21			

จากตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์ พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 76.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.40 และหลังการทดลองพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ย 77.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.21 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด- 19 รายข้อภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 35)

พฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด- 19 (รายข้อ)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	M	SD	M	SD
1. รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่นส้มตำปลาร้า กุ้งแช่น้ำปลา เป็นต้น	1.51	0.66	1.97	1.15
2. ใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์ 70% และล้างมือด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ ที่ฝ่ามือเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือกลับจากกิจกรรมภายนอกพร้อมกับผู้อื่น	4.57	0.88	4.60	0.81
3. สวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน	4.83	0.51	4.85	0.36
4. ปิดผาชักโครกและกดการระบายน้ำทิ้งหลังเสร็จการขับถ่าย	3.60	1.36	4.60	0.74
5. ใช้มือลูบหน้า แคะจมูก ปาก ตา	2.14	1.00	2.43	1.27
6. เปิดหน้าต่างประตูบ้านให้มีการระบายอากาศ/เพื่อให้อากาศถ่ายเท	4.57	0.61	4.60	0.70
7. รับประทานอาหาร 5 หมู่เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	4.63	0.65	4.69	0.47
8. ออกกำลังกายภายในบริเวณบ้านของท่าน	4.23	1.03	4.26	0.78
9. ออกจากบ้านเพื่อไปชุมชนอื่นเช่น ห้างสรรพสินค้า ร้านค้า ตลาด	2.66	1.03	2.91	1.01
10. ออกจากบ้านเพื่อไปชุมชนอื่นเช่น สวนสาธารณะ วัด ศาสนสถาน	2.80	1.05	2.83	1.01
11. ออกจากบ้านเพื่อไปชุมชนอื่นเช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.09	1.12	3.17	0.82
12. เดินทางไปต่างจังหวัด/ต่างประเทศในช่วง 2สัปดาห์	1.06	0.24	1.94	1.47
13. อาบน้ำหลังกลับจากทำกิจกรรมนอกบ้านเช่น กลับจากโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีบุคคลหนาแน่น	4.63	0.88	4.69	0.68
14. แยกเสื้อผ้าหรือซักหลังจากไปทำกิจกรรมนอกบ้านเช่น ไปโรงพยาบาล หรือเขตชุมชนที่มีบุคคลหนาแน่น	4.34	0.91	4.54	0.95
15. เก็บและแยกขยะติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว	4.54	0.89	4.69	0.58
16. ไอจาม โดยมียูชูปิดปากและจมูก หรือไอจามใส่แขนของตนเอง	3.80	1.35	4.43	1.20
17. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในครอบครัวโดยมีระยะห่างจากคนในครอบครัวอย่างน้อย 1-2 เมตร	3.83	1.10	4.09	1.17
18. พบผู้สงสัย/ผู้เสี่ยงติดโรคที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงท่านจะแจ้งเจ้าหน้าที่รพ.สต.	4.60	0.81	4.77	0.73
19. ทำความสะอาดพื้น ลูกบิด มือจับประตู พื้นโต๊ะ เก้าอี้ สวิตช์ไฟ มือถือ โถส้วมด้วยผลิตภัณฑ์/น้ำยาฆ่าเชื้อ	4.37	1.03	4.49	0.89
20. ติดตามรับฟังข่าวสารสถานการณ์โรคโควิด- 19 จากสื่อต่าง ๆ	4.63	0.88	4.74	0.61

จากตาราง 4 พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด-19 ทุกข้อรายการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น และหลังการทดลองข้อรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุดคือ ท่านปิดผาชักโครกและกดการระบายน้ำทิ้งหลังเสร็จการขับถ่าย ($M=4.60$, $SD=0.74$) หลังการทดลองข้อรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มน้อยที่สุดคือท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ($M=4.85$, $SD=0.36$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังรับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19

วิด-19 สูงกว่าก่อนรับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.05$ จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสำคัญถึงการสร้างเสริมความรู้จนถึงระดับที่เพียงพอต่อการใช้ โดยเน้นทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจที่จะกระทำเพื่อให้สุขภาพของตนเองและชุมชนได้รับการพัฒนาสู่ระดับที่ดี (Kaewdamkeng, & Thammakul, 2015) รวมทั้งหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่าความรอบรู้เพิ่มมากขึ้นสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น (Lham, Kalampakorn, & Silabutr, 2019) นอกจากนี้การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังเข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและยังสอดคล้องกับงานวิจัยการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลายให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้มากกว่าการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามปกติซึ่งหลังเข้ารับโปรแกรมเป็นไปในทางที่พัฒนาเพิ่มมากขึ้น (Sookpool, Kingmala, Phaengsuk, Yuenyao, & Wongwangman, 2020) ดังนั้นการที่มีความรู้ทั้ง 3 ชั้นมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลสู่การวิเคราะห์และเลือกนำไปสู่พฤติกรรมที่ดีและมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับสถานการณ์การป้องกันโรคโควิด-19

โดยสรุปผลของการศึกษาแสดงให้เห็นถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL) เป็นระดับความรู้และความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรองประเมินข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติต่อพฤติกรรมตนเอง ซึ่งสิ่งสำคัญที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะสามารถเข้าถึงประชาชนได้คือการเข้าใจธรรมชาติของประชาชนในพื้นที่ว่ามีชีวิตความเป็นอยู่รวมทั้งสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่อาศัยอยู่ว่ามีความเอื้ออำนวยในการส่งเสริมให้กับสุขภาพของประชาชนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยอาศัยองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพมาเป็นสื่อในการให้ประชาชนมีความเข้าใจ เข้าใจ และใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพควรนำไปผลการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ในชุมชนที่จะอาจเกิดกับผู้รับบริการและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการจัดทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบสองกลุ่มในการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางการดูแลป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งทีมสุขภาพสามารถประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมการความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยจัดกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความตระหนัก และร่วมกันตั้งเป้าหมายสุขภาพ การขับเคลื่อนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคและสร้างนวัตกรรม และความมุ่งมั่นเกิดพลังและความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรีที่สนับสนุนทุนการวิจัย

References

Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Strategic Plan Development of a System to Promote Health and Environmental Health According to the 12nd National*

- Economic and Social Development Plan (2017-2021)*. Nonthaburi: Department of Health. Ministry of Public Health.
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). *COVID-19 Content Portal*. Retrieved February 10, 2020. from <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2010). *Health Literacy Survey among Youths Aged 12-15 Years*. Nonthaburi: Health Education Division. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2012). *Health Behavior Surveillance towards Health Behavior Modification by Police Department of Nonthaburi: Health Education Division*. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2015). *Assessment Results by Province*. Retrieved on January 15, 2020. from <http://www.hed.go.th/linkHed/54>
- Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Retrived March 20, 2016, from. <https://www.nap.edu>.
- Kaewdamkeng, K., & Thammakul, D. (2015). Enhancing Health Literacy in the Elderly Population. *Research Journal in Health Sciences*, 9(2), 1-7.
- Lham, N., Kalampakorn, S., & Silabutr, J. (2019). Effect of Capacity Development Program among Village Health Volunteer Towards Health Literacy to Help Quit Smoking in Pathum Thani Province. *Journal of Health Sciences Research*, 13(1), 84-94.
- Ministry of Public Health. (2020). *Coronavirus Situation*. Retrieved January 15, 2020. From <https://www.bbc.com/thai/thailand-51089461>
- Nutbeam, D. (2008). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into Health 21st Century. *Health Promotion International*, 15(8), printed in Great Britain.
- Raethong, A. (2019). Health Literacy and Health Behavior of 3 Aor 2 Sor of Village Health Volunteers: Case Study of Hin Tok Sub-District, Ron Phibun District, Nakhon Sri Thammarat Province. *Academic Journal Department of Health Service Support*, 15(3), 62-70.
- Sookpool, U., Kingmala C, Phaengsuk, P., Yuenyao, T., & Wongwangman, W. (2020). Effects of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People. *Journal of Public Health*, 29(3), 419-429.