

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

กฤษฎากร เจริญสุข
กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลสิงห์บุรี

Received: 16 เม.ย.64

Revised: 19 พ.ค. 64

Accepted: 30 ก.ค.64

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน – กันยายน 2563 รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีขึ้น และเป็นแนวทางในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

The Effectiveness of the Development Program on Health Literacy
and Behaviors of Village Health Volunteers
in Singburi Municipality, Singburi Province

Kritsadakorn Jaroensook

Health Education Department, Singburi Hospital

Abstract

A quasi – experimental research with a one-group pretest-posttest design was conducted to investigate the effectiveness of a health literacy and health behavior development program. Forty participants who were village health volunteers in Singburi Municipality were recruited through purposive sampling. The instruments were a health literacy and behavior development program using the theory of self – efficacy and a questionnaire on health literacy and behaviors. Data collection took 16 weeks, from June to September 2020. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and paired t-test with a significance level of .05.

The results of this study revealed that the overall health literacy and health behaviors were significantly different ($p < 0.001$). The village health volunteers were found to have better health literacy and behaviors. This research could be used as a guideline for the improvement of health behaviors of the members of the community for better health outcomes.

Keyword: Health Literacy, Health Behaviors, Village Health Volunteers

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมจากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรงสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีพ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปีพ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ

โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัสบุคคลหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่การบริโภคผักและผลไม้ไม่บ่อยบริโภคหวานมันเค็มมากไปสูบบุหรี่ดื่มสุราออกกำลังกายไม่เพียงพอและมีความเครียดเป็นต้นโดยพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ 3 ส่วนต่อวันต่ำกว่าข้อเสนอแนะ (5 ส่วนมาตรฐานต่อคนต่อวัน) ถึงร้อยละ 82.3 และกลุ่มประชากรที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าประชากรในเขตเทศบาล (ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย: ครั้งที่ 4) และคนไทยเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ออกกำลังกายเป็นประจำหรือเพียงแค่ 26.1% นอกนั้นอีก 73.9% ไม่เล่นกีฬาหรือไม่ยอมออกกำลังกายบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 17 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรรวมทั้งหมด 53.9 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ : 2554) ซึ่งการที่จะสามารถป้องกัน/ลดโรค NCDs เหล่านี้ได้จำเป็นต้องจัดการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักคือพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลด้วยการมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมให้คนไทยทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญาสุขภาพและการเกิดโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้นจำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ปัจจัยนำ) เช่นความรู้การรับรู้ความเข้าใจและปัจจัยแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม) อย่างเหมาะสมในการพัฒนาปัจจัยภายในจะต้อง

ปลูกฝังให้ประชาชนเกิด “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health Literacy” ซึ่งหมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคลครอบครัวและชุมชนได้การพัฒนา Health Literacy จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน²

กองสุศึกษาเป็นหน่วยงานหลักของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าประสงค์ให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจึงได้นำแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ “Health Literacy” มาใช้เป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการทำงานสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพเนื่องจาก Health Literacy เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุศึกษา (Rootman, 2002) หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งคอนันท์ปิม (Nutbeam D., 2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนา Health Literacy ให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Outcome) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานสุศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง³

การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. โดยกองสุศึกษา ปีพ.ศ.2559 ส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่ดีร้อยละ 49.0 และระดับพอใช้ร้อยละ 45.50 ปีพ.ศ.2560 ส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้ร้อยละ 50.73 และระดับไม่ดีร้อยละ 41.91 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าปีพ.ศ.2559 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับไม่ดีร้อยละ 56.70 และระดับพอใช้ร้อยละ 38.10 ปีพ.ศ.2560 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับ

พอใช้ร้อยละ 50.25 และระดับไม่ดีร้อยละ 36.33 การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามแนวทาง 3อ.2ส.ปี 2561 พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) รวมอยู่ในระดับดีโดยส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้ร้อยละ 40.31 รองลงมาระดับดีร้อยละ 30.93 และน้อยที่สุดคือไม่ดี ร้อยละ 6.25 และมีระดับพฤติกรรมสุขภาพรวมตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมากโดยส่วนใหญ่อยู่ระดับดีมาก 45.31 รองลงมา ระดับดีร้อยละ 30.94 และน้อยที่สุดคือ ไม่ดีร้อยละ 7.19⁴

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีจิตอาสาปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาศักยภาพให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนโดยเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการควบคุมกำกับให้คำชี้แนะในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนนำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้⁵

จากผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เทศบาลเมืองสิงห์บุรีจังหวัดสิงห์บุรีปี 2562 ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ยังอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 71.01 โดยส่วนใหญ่อยู่ระดับดีร้อยละ 50.00 และระดับพอใช้ร้อยละ 35.71 พฤติกรรมสุขภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 71.98 โดยส่วนใหญ่อยู่ระดับดี 38.10 และระดับพอใช้ ร้อยละ 29.19⁶ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรีจังหวัด สิงห์บุรี เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ได้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มขึ้น เป็นผู้ที่สามารถนำความรู้ที่ได้รับจาก โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กับตนเอง และเป็นแนวทางในการนำไป ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัด สิงห์บุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัด สิงห์บุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้าน สุขภาพ แตกต่างกันก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัด สิงห์บุรี

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

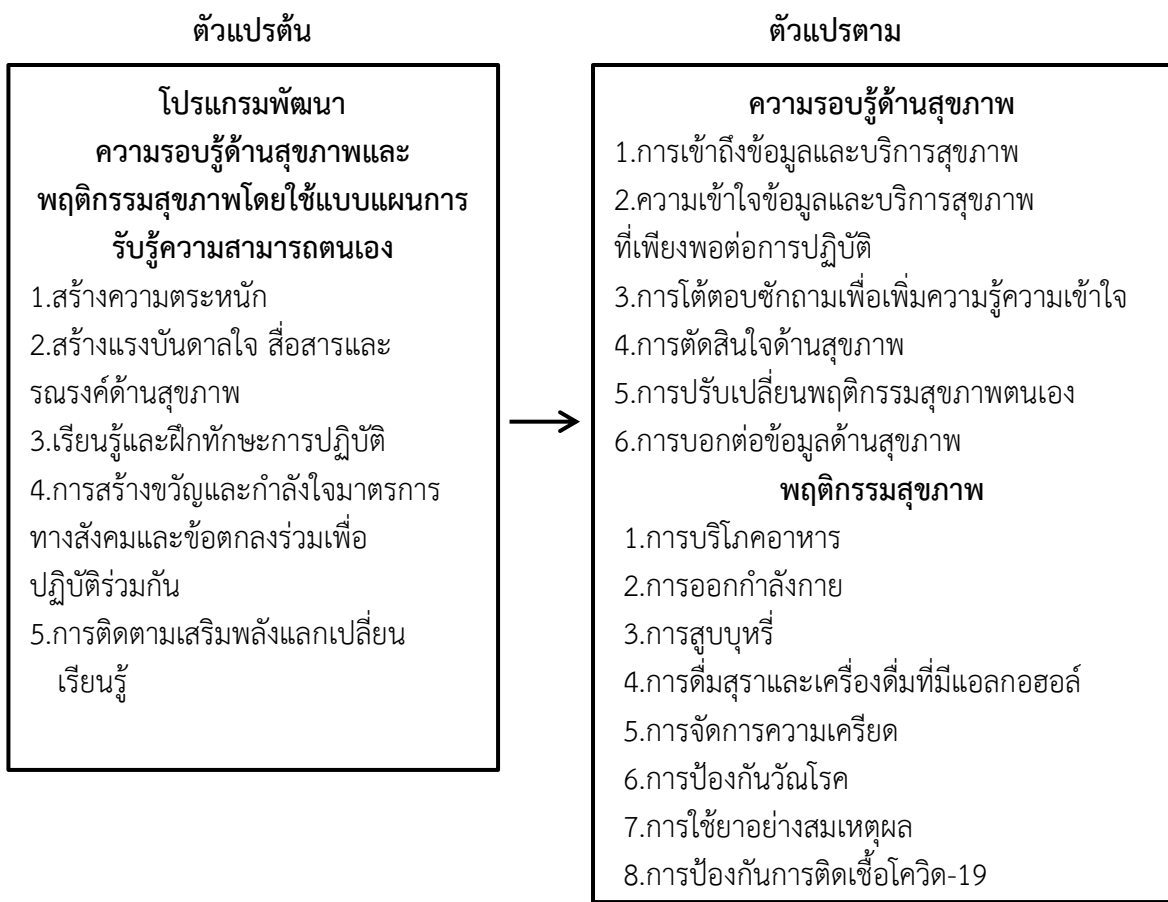
กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการ รับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ที่พัฒนาขึ้นโดยแบนดูลา^{7,8} ที่มีแนวคิด เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองและ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ทฤษฎีนี้ สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในตัวบุคคลโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การนำทฤษฎีนี้มาใช้ให้ได้ผลดีจะต้องพิจารณา การจัดกิจกรรมการเรียนรู้รวมทั้งจัดปัจจัย สนับสนุนบุคคลให้มีความเชื่อในผลลัพธ์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเพิ่ม ความเชื่อในความสามารถที่ตนจะแสดง พฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จให้เกิดผลลัพธ์ที่ ต้องการ

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนความ เชื่อในความสามารถตนเอง การเพิ่มความเชื่อใน ความสามารถของตนเองทำได้หลากหลายวิธี อาทิ การอบรมเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติพฤติกรรม ที่ต้องการ การได้เห็นตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ การพูดชักจูงให้เห็นความสามารถของตนเอง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้ปรับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมา กำหนดเป็นกิจกรรม ประกอบด้วย การสร้าง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพ, การสร้างแรงบันดาลใจ เรียนรู้แนวคิด 3 อ. ฝึกทักษะ การปฏิบัติ 3 อ. รู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรค

สร้างขวัญกำลังใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตาม
เสริมพลังอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเชื่อใน
ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความ

รอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ในการดูแลตนเอง จึงนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิด
ในการวิจัยครั้งนี้แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่ง
ทดลอง (Quasi-Experimental Research)
แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One
Group Pretest – Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
มาไม่เกิน 3 ปี (พ.ศ.2561-พ.ศ.2563) จำนวน
ทั้งสิ้น 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัด
สิงห์บุรีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านมาไม่เกิน 3 ปี (พ.ศ.2561-พ.ศ.2563)
เลือกนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวนทั้งสิ้น
40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วยโปรแกรม
พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

สุขภาพ และแบบเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรีจังหวัดสิงห์บุรีผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา^{7,8} ซึ่งจัดทำเป็นแผนการสอนและคู่มือ เรื่องความรู้รอบรู้เรื่องสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย แผ่นพับ สไลด์ประกอบการบรรยาย วีดิทัศน์ ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม กิจกรรมสาธิตฝึกปฏิบัติ ซักถามและการให้คู่มือ เสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพใช้เวลา 1 วัน

สร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอวของตนเอง สนทนากลุ่ม

2) การสร้างแรงบันดาลใจใช้เวลา 1 วัน

การบรรยายกลุ่มรวม บุคคลต้นแบบการสื่อสาร เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ความตระหนักทัศนคติที่ดีต่อบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้

3) เรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติ ใช้เวลา 1 วัน

เรียนรู้แนวคิดและฝึกทักษะปฏิบัติ 3 อ. 2 ส. และพฤติกรรมเสี่ยงในการป้องกันวันโรค การใช้ยา การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยสหสาขาวิชาชีพนักโภชนาการ เรื่องการกำหนดอาหารและการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน นักวิชาการสาธารณสุข สาขาวิทยาศาสตร์

การกีฬา เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และนักจิตวิทยา เรื่องการควบคุมอารมณ์ เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนและซักถามข้อสงสัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับสมาชิกในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. พฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้

4) การสร้างขวัญและกำลังใจ ใช้เวลา 1 วัน
มาตรการทางสังคมและข้อตกลงร่วมกันให้กำลังใจในกลุ่ม

5) การติดตามเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในพื้นที่

จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เห็นความสำเร็จในการดำเนินงาน ซึ่งจะเพิ่มความมั่นใจในการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้มั่นใจว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้

การหาคุณภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรม โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข (นักสุขศึกษา) ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้ตรวจสอบ โดยทำการประเมินตาม เกณฑ์ของระดับความเหมาะสม (Appropriateness) พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรีจังหวัดสิงห์บุรีซึ่งผู้วิจัย

ประยุกต์จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านการพัฒนาจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพปี 25639 เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 3 ตอน 49 ข้อ ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 6 องค์ประกอบๆ ละ 4 ข้อประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งหมดจำนวน 24 ข้อเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความเป็นจริงตั้งแต่น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน มากให้ 4 คะแนน และมากที่สุดให้ 5 คะแนน

มีเกณฑ์แปลผลจำแนกแต่ละองค์ประกอบๆ ละ 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ <12 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

≤12-13 คะแนน หรือ ≥60 –<70 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

≤14-15 คะแนน หรือ ≥70 –<80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

≤16 – 120 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

มีเกณฑ์ในการแปลผลสรุปคะแนนรวมจำนวน 24 ข้อ คะแนนเต็ม 120 คะแนนดังนี้

ถ้าได้ < 72 คะแนนหรือ<60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

72-83.99 คะแนนหรือ ≥60 –<70 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

84-95.99 คะแนนหรือ ≥70 –<80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

96 – 120 คะแนนหรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ มี 8 ประเด็นหลัก ได้แก่ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียดการป้องกันวัณโรคการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 รวมจำนวน 22 ข้อดังนี้

ตอนที่ 3.1 พฤติกรรมสุขภาพมี 4 ประเด็น ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกายการสูบบุหรี่และการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 10 ข้อ

ข้อ 1-10 เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1 และ ข้อ 5-7 วัดตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนนปฏิบัติ 1-2 วันให้ 2 คะแนนปฏิบัติ 3 วันให้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วันให้ 4 คะแนน และปฏิบัติ 6-7 วันให้ 5 คะแนน

ข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2-4 และ 8-10 วัดตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 5 คะแนนปฏิบัติ 1-2 วันให้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 วันให้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วันให้ 2 คะแนน และปฏิบัติ 6-7 วันให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์แปลผลจำแนก 4 ประเด็นดังนี้ การบริโภคอาหาร 4 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้<15 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

≤15-17.49 คะแนนหรือ ≥60 –<70 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

≤17.5-19.99 คะแนนหรือ ≥70 –<80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 20 - 25$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

การออกกำลังกาย 2 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ < 6 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

$\leq 6 - 6.99$ คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

$\leq 7 - 7.99$ คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 8 - 10$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

การสูบบุหรี่ 2 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ < 6 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

$\leq 6 - 6.99$ คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

$\leq 7 - 7.99$ คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 8 - 10$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ < 3 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

$\leq 3 - 3.49$ คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

$\leq 3.5 - 3.99$ คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 4 - 5$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

ตอนที่ 3.2 พฤติกรรมสุขภาพ มี 4 ประเด็น ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด การป้องกันโรคการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 12 ข้อ ข้อ 11- 22 เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติต่อ

สัปดาห์ข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 13-16 และ 19-21 วัดตั้งแต่ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน ข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 17, 18 และ ข้อ 22 วัดตั้งแต่ไม่ปฏิบัติให้ 4 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 2 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้งให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์แปลผลจำแนก 4 ประเด็นดังนี้

การจัดการความเครียด 2 ข้อ คะแนนเต็ม 8 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ < 4.8 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

$\leq 4.8 - 5.59$ คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

$\leq 5.6 - 6.39$ คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 6.4 - 8$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

การป้องกันโรค 3 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ < 7.2 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

$\leq 7.2 - 8.39$ คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

$\leq 8.4 - 9.59$ คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 9.6 - 12$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ < 7.2 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

$\leq 7.2 - 8.39$ คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

$\leq 8.4 - 9.59$ คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 9.6 - 12$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก
การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน ดังนี้

ถ้าได้ < 9.6 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

$\leq 9.6 - 11.19$ คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

$\leq 11.2 - 12.79$ คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

$\leq 12.8 - 16$ คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก
โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลรวมด้านพฤติกรรม 8 ประเด็น คะแนนเต็ม 98 คะแนนดังนี้

ถ้าได้ < 58 คะแนนหรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ไม่ดี

59 – 68 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ พอใช้

67 – 78 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดี

79 - 98 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับ ดีมาก

ดำเนินการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข (นักสุขศึกษา) ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ หลังจากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .60- 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ในอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มอื่น ที่ชุมชนชาวตลาดสิงห์บุรี

เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรีนำมาวิเคราะห์

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่วัดความถี่ของการกระทำตั้งแต่ปฏิบัติน้อยที่สุดให้ 1 คะแนนจนถึงปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง .802 - .917 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ = .906

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนนจนถึงปฏิบัติทุกวันให้ 5 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง .797 - .992 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ = .870

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ประเด็น ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด การป้องกันวัณโรคการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนนจนถึงปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง .850 - .989 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ = .829

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นดำเนินการทดลอง ซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) การสร้างแรงบันดาลใจ

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) เรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) การสร้างขวัญและกำลังใจ

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 9-15) การติดตามเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (สัปดาห์ที่ 16) โดยใช้แบบทดสอบเช่นเดียวกับก่อนใช้โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์กัน (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเมื่อใดก็ได้จะไม่มีผลต่อสวัสดิการที่ได้รับหรือสิทธิอื่น ๆ ที่จะพึงได้รับต่อไป

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับพิจารณาอนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี หนังสือที่ สห 0032.205.2/02 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.5 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 22.5 มีอายุเฉลี่ย 45.1 ปี โดยมีอายุ 40-49 ปีและอายุ 60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 25 รองลงมาคือ อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 30.0 รองลงมาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ เท่ากัน ร้อยละ 22.5

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 66.00 อยู่ระดับพอใช้ องค์ประกอบ

บอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพคะแนนรวมต่ำสุด ร้อยละ 63.25 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติมีคะแนนสูงสุด ร้อยละ 69.13 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้าน

สุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.33 อยู่ระดับดี องค์ประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีคะแนนต่ำสุด ร้อยละ 75.00 และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพมีคะแนนสูงสุด ร้อยละ 81.38 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (n= 40 คน)

องค์ประกอบ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับ	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับ
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	66.63	พอใช้	75.38	ดี
2.ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	69.13	พอใช้	76.13	ดี
3.การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	66.88	พอใช้	80.25	ดีมาก
4.การตัดสินใจด้านสุขภาพ	65.13	พอใช้	75.88	ดี
5.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	65.00	พอใช้	75.00	ดี
6.การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	63.25	พอใช้	81.38	ดีมาก
รวม	66.00	พอใช้	77.33	ดี

3. พฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 79.56 อยู่ระดับดี ด้านการออกกำลังกายคะแนนรวมต่ำสุดร้อยละ 65.75 การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคะแนนสูงสุดร้อยละ

97.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.22 อยู่ระดับดีมากด้านการบริโภคอาหารมีคะแนนต่ำสุดร้อยละ 71.20 การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคะแนนสูงสุดร้อยละ 98.00 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมและระดับพฤติกรรมสุขภาพตามประเด็นพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (n= 40คน)

ประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับ	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับ
1.การบริโภคอาหาร	70.70	ดี	71.20	ดี
2.การออกกำลังกาย	65.75	พอใช้	75.00	ดี
3.การสูบบุหรี่	90.50	ดีมาก	91.75	ดีมาก
4.การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	97.00	ดีมาก	98.00	ดีมาก
5.การจัดการความเครียด	69.90	พอใช้	72.45	ดี
6.การป้องกันโรค	86.46	ดีมาก	88.13	ดีมาก
7.การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	82.08	ดีมาก	83.33	ดีมาก
8.การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	87.50	ดีมาก	92.66	ดีมาก
รวม	79.56	ดี	82.22	ดีมาก

4. เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 79.2 หลังเข้าร่วม

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 92.8 นำไปทดสอบทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที่ (paired t – test) พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.001) แสด ดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (n= 40คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (X̄)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD.)	t	p-value
-การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ				
ก่อนเข้าโปรแกรม	13.325	2.176	-7.752	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	15.075	1.206		
-ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ				
ก่อนเข้าโปรแกรม	13.825	2.341	-6.121	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	15.225	1.746		

ตารางที่ 3 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (n= 40คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD.)	t	p-value
-การตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ				
ก่อนเข้าโปรแกรม	13.375	1.995	-10.422	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	16.050	1.551		
-การตัดสินใจด้านสุขภาพ				
ก่อนเข้าโปรแกรม	13.025	2.270	-6.609	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	15.175	1.752		
-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง				
ก่อนเข้าโปรแกรม	13.000	2.501	-8.327	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	15.000	2.207		
-การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ				
ก่อนเข้าโปรแกรม	12.650	2.423	-8.327	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	16.275	1.632		
-ความรู้ด้านสุขภาพรวม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	79.200	11.657	-13.347	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	92.800	7.370		

4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 77.85 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ7.5 นำไปทดสอบทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที่ (paired t – test) พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < 0.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 80.50นำไปทดสอบทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที่ (paired t – test) พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.001) แสดงดังตารางที่ 4

การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 14.0 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 14.825นำไปทดสอบทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที่ (paired t – test) พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < 0.001) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของประเด็นพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนา
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (n= 40คน)

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD.)	t	p-value
- การบริโภคอาหาร				
ก่อนเข้าโปรแกรม	17.675	2.777	-1.706	.096
หลังเข้าโปรแกรม	17.800	2.719		
- การออกกำลังกาย				
ก่อนเข้าโปรแกรม	6.575	1.972	-4.936	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	7.500	1.395		
- การสูบบุหรี่				
ก่อนเข้าโปรแกรม	9.050	1.852	-1.220	.230
หลังเข้าโปรแกรม	9.175	1.500		
- การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ก่อนเข้าโปรแกรม	4.850	.426	-1.778	.083
หลังเข้าโปรแกรม	4.921	.349		
- การจัดการความเครียด				
ก่อนเข้าโปรแกรม	5.525	1.300	-2.449	.019
หลังเข้าโปรแกรม	5.725	1.300		
- การป้องกันโรค				
ก่อนเข้าโปรแกรม	10.375	1.643	-1.749	.088
หลังเข้าโปรแกรม	10.575	1.412		
- การใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
ก่อนเข้าโปรแกรม	9.850	1.511	-1.433	.160
หลังเข้าโปรแกรม	10.000	1.377		
- การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19				
ก่อนเข้าโปรแกรม	14.000	1.679	-4.363	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	14.825	1.298		
- พฤติกรรมสุขภาพรวม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	77.950	7.662	-6.530	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	80.500	6.484		

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เมื่อเข้าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีระดับสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการรับรู้ในความสามารถตนเอง ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบน ดูรา^{7,8} โดยใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้ เกี่ยวกับองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูล และ บริการสุขภาพ การตอบโต้/ซักถาม การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งการสร้างประสบการณ์ สาธิต ฝึกปฏิบัติ มีตัวแบบ (Modeling) ที่ดีด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาแนะนำและเล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ มีการวางแผนปฏิบัติการและประเมินผลอย่างสร้างสรรค์ร่วมกันในชุมชนซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพ และเพิ่มการเรียนรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่องเกิดความมั่นใจในความสามารถตนเองและการเสริมสร้างให้เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการ

ตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชนทั้งได้รับการสนับสนุน มีการสร้างขวัญ แรงจูงใจ แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ติดตามเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ที่กล่าวว่าการสร้างแนวทางพัฒนาความฉลาดต้องเริ่มจากทำให้บุคคลเกิดความรู้การเสริมสร้างให้บุคคลเกิดทักษะการจัดการตนเองซึ่งจะส่งผลต่อวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีและการติดตามสนับสนุนสอดคล้องกับธัญชนกขุมทอง, วิภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมืองแก้วดำเกิง^{11,12} ที่พบว่าการให้บริการเชิงรุกด้านสาธารณสุขการได้รับการพัฒนามีผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่ง Bandura (1982)⁸ กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลนั้นกล้าเผชิญต่อปัญหาต่างๆ แม้กระทำความล้มเหลวหรือสิ่งที่ยากและพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่ปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นเป็นเรื่องที่ยากซึ่งจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำหรือปานกลาง จนอาจทำให้บุคคลไม่พยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

2. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เมื่อเข้าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนใช้ โปรแกรม มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีเมื่อ เข้าโปรแกรม ได้รับเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ ความสามารถตนเอง สร้างแรงบันดาลใจ การรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพในด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารการออกกำลังกายการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียดการป้องกันโรคการใช้ ยาอย่างสมเหตุผลและการป้องกันการติดเชื้อ โควิด-19 รวมทั้งการจัดการอบรมเพิ่มเติมความรู้ และทักษะ มีการติดตามเสริมเพิ่มพลัง อย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของตนเองในทางที่ดีขึ้นอยู่ใน ระดับดีมากสอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา บุญทศและคณะ¹³ ได้ศึกษาการเสริมสร้าง การรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแล ตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ ความสามารถตนเองและระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองช่วย ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีทักษะในการดูแล ตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องมากขึ้นการศึกษาของธวัช วิเชียรประภา ,พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์¹⁴ ที่เสนอแนะว่า ในการพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ ความสามารถแห่งตนและการรับรู้ความเสี่ยงด้าน สุขภาพ รวมทั้งการจัดการอบรมเพิ่มเติมความรู้ และทักษะแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและยังพบว่า การรับรู้ ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การได้รับ อบรมเพิ่มเติม เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกัน

ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรี และอดิญาณ์ ศรเกษตรริน,รุ่งนภา จันทรา,รสถิกร ขวัญชุ่มและลัดดา เรืองดวง¹⁵ การส่งเสริมให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ว่าควรป้องกันและรักษาสุขภาพ อย่างไรเพื่อป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้น การส่งเสริม ให้รับรู้ ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคมี ความสัมพันธ์ในทางบวกกับ พฤติกรรม การป้องกันโรค เช่นการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคต่าง ๆ การส่งเสริมให้รับรู้ถึงประโยชน์ของ การรักษาและป้องกันโรค(Perceived Benefits) ซึ่งการที่บุคคลจะมีวิธีการอย่างไรให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และ เหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากเกิดจากภาวะ จากการรักษาโรค เป็นการกระตุ้นการรับรู้ อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived Barriers) ทำให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไป แนวทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่
2. ควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆเพื่อให้สอดคล้องกับ

บริบท และความรู้ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ถึงระยะความคงทนของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ หรือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่วงวัยและกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ.2562; นนทบุรี.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชน 15 ปีขึ้นไปฉบับปรับปรุง 2561; นนทบุรี.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์...การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ.2561; นนทบุรี.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ.2561; นนทบุรี.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม). นักจัดการสุขภาพชุมชน. มปท.
- รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มงานสุศึกษา. พ.ศ.2562
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 2, 122-147.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพปรับปรุง 2563; นนทบุรี; เข้าถึงได้จาก www.hed.go.th
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดเส้นทางสู่.... ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 5. บริษัท โอ – วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2560
- ธัญชนก ชุมทอง. รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
- ธัญชนก ชุมทอง วิราภรณ์โพธิ์ศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย*

- ศิลปากร 2559; 3(6) พฤศจิกายน – ธันวาคม 2559 : 67 – 85.
13. นุสรานุญ ทศและคณะ. (2556) .การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจายอำเภอบ้านดู่จังหวัดยโสธร. อ้างในหนังสือผลงานวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 10 วันที่ 24-26 กรกฎาคม 2556.
 14. ธวัช วิเชียรประภา, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จ.จันทบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 7(2): 53-68
 15. อติญาณ์ ศรเกษตรริน,รุ่งนภา จันทรา,รสถิกร ขวัญชุ่มและลัดดา เรืองด้วง. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองฉนาก อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1): 253-264