

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

เอื้อจิต สุขพูล วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

ชลดา กิ่งมาลา พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ภาวิณี แพงสุข พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ธวัชชัย ยืนยาว พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วีรวิรงค์ หวังมัน พย.บ.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

วันรับ: 12 ก.ย. 2562

วันแก้ไข: 8 ม.ค. 2563

วันตอบรับ: 17 ม.ค. 2563

บทคัดย่อ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจหลักของการนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน รูปแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกประเมินและวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกบันทึกพฤติกรรม การใช้ตัวแบบ การทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้าน และ (2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อ

ตนเอง ครอบครัวและชุมชน⁽¹⁾ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักจะมีความรู้ด้านสุขภาพน้อย⁽²⁾ มีความล่าช้าในการแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีปัจจัยเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคได้เหมาะสม ไม่ไป

ตรวจร่างกาย รวมถึงเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากมีความลำบากในการทำ ความเข้าใจ จัดจำ ข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของ ทีมสุขภาพ ส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมและเสี่ยงต่อการ เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย⁽³⁻⁵⁾ กล่าวคือความรอบรู้ทางสุขภาพ มีผลต่อมุมมองสุขภาพและการเข้าใช้บริการสุขภาพ หาก บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เช่น มีการตัดสินใจ ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของตนเองทำให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี มีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น ลดอัตราการเกิดโรค อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ⁽⁶⁻⁷⁾ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นจะต้องมีทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อความ เข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีทักษะด้านการ สื่อสาร เลือกและประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงภาวะ สุขภาพของตนเอง และมีทักษะทางปัญญาและสังคมเพื่อ เลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์และจัดสถานการณ์ในการ ดูแลและจัดการสุขภาพตนเองให้เหมาะสม⁽⁸⁾ ดังนั้น การ พัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่ง สำคัญ โดยที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกได้ให้ชาติสมาชิก ทั่วโลกส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อการเป็นเมืองแห่งการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า⁽⁹⁾

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าประสงค์ในแผน ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญา (Smart Thailand) และการเป็นคนไทยที่อุดมปัญญา (Smart Thai Citizens) คือ คนไทยทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้ และสถาปนาปฏิรูปได้เสนอ ให้มีการยกระดับการปฏิรูปความรู้ด้านต่างๆ ของ ประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดให้มีการพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและสำรวจความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรทุก 3-5 ปี⁽¹⁰⁾

จากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปใน ปัจจุบัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เพิ่มมากขึ้นและพบมากในกลุ่มวัยทำงาน โดยในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 802,017 ราย โรคความดันโลหิต สูง 1,231,910 ราย โรคหัวใจ 325,873 ราย และโรค หลอดเลือดสมอง 276,523 ราย⁽¹¹⁾ โดยเฉพาะความชุก ของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาด- เลือดและโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก กลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบว่ามีค่าความชุกสูงสุดในโรคเบา- หวานคือ กลุ่ม 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง คือ กลุ่ม 60 ปีขึ้นไป โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่ม 70 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาในด้านอัตราเพิ่มของ ความชุกพบว่า โรคเบาหวาน กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากใน ช่วงอายุ 40-49 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วง อายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง พบ กลุ่มอายุที่มี อัตราเพิ่มสูงที่สุดคือ 15-29 ปี และ 30-39 ปี ทั้งเพศ ชายและเพศหญิง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือด สมอง กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 30-39 ปี ส่วน กลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 40-49 ปี⁽¹²⁾ โรค ไม่ติดต่อเรื้อรังนอกจากจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ แล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ตามระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือด สมอง หัวใจ ตา ไตและเท้าอีกด้วย ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อ เรื้อรังดังกล่าวเป็นผลมาจาก “4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก” ได้แก่ การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่และการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽¹³⁾ ดังนั้นการป้องกันโรคโดย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้าน อาหารและโภชนาการด้วยการลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย และให้มีกิจกรรมทางกายที่มากขึ้น ลดการสูบบุหรี่งดการ ดื่มสุรา ให้มีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ตลอดจนการ สร้างสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง ทั้งนี้ต้อง เริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียง พอกับตนเองเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health

literacy) นั่นเอง⁽⁹⁾ และเป้าประสงค์หนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้กำหนดให้ประชาชน ชุมชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงกำหนดให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะพฤติกรรม 3อ.2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สืบบุหรี ต้มสุรา) เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽¹⁵⁾ จากผลประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 และ 50.25 ตามลำดับ⁽¹⁶⁾ จากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องยั่งยืนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน จะส่งผลให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพึ่งตนเองได้ กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ได้เสนอกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อสร้างโอกาสให้บุคคลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดีและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง เช่น การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และรู้เท่าทันสื่อ เสริมสร้างความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ เพื่อให้บุคคล มีความรู้ความเข้าใจ ตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองครบถ้วนและชุมชนได้

จังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยสะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี

2558-2560 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 52.81, 51.2, 54.13 และโรคเบาหวาน 26.35, 25.66, 26.99 /100 ประชากรตามลำดับ⁽¹⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีนักวิจัยนำแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam⁽¹⁾ แนวคิดของ Baker และคณะ⁽¹⁸⁾ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹⁹⁾ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต⁽²⁰⁾ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽²⁰⁾ และแนวคิดการจัดการเรียนรู้⁽²¹⁾ มาประยุกต์ใช้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพ แต่ยังไม่มียานวิจัยที่มีการนำกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามที่กองสุศึกษาได้เสนอไว้⁽³⁾ คณะผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ดังกล่าว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงและอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในอนาคต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 35-59 ปี และอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสุรินทร์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียง⁽²²⁾ ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ แล้วนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างของ Cohen J⁽²³⁾ ที่ $\alpha=0.5$, Power=0.80 ได้ตัวอย่างจำนวน 24 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เลือกหมู่บ้านชนบท ในภาคตะวันออกเฉียง-

เหนือจำนวน 2 หมู่บ้าน ที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ สภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกันเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และ (2) สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ เกณฑ์ในการคัดออก คือ (1) ผู้ยินยอมสมัครใจในครั้งแรกและมาชอยกเลิกภายหลัง (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ (3) ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากประชาชนวัยทำงานทั้งสองหมู่บ้านให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงของตนเอง กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยการบรรยายประกอบคู่มือการดูแลตนเองตาม 3อ.2ส. และโปสเตอร์ความรู้ อภิปรายกลุ่ม สาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ฝึกบันทึกพฤติกรรม 3อ.2ส. และการประเมินการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ของตนเอง การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน รมรงค์การออกกำลังกาย ณ ศาลาประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบการมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง กิจกรรมที่ 4 ทำสัญญาใจ โดยกำหนดเป้าหมาย แนวทางการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. เลือกคู่หูดูแลสุขภาพ พุดคุยปรึกษา นัดหมายการปฏิบัติ/ดูแลซึ่งกันและกัน กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้าน โดยคณะผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ ทบทวนความรู้ แก้ไขปัญหาอุปสรรค และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และยกย่อง เชิดชูเกียรติให้กับบุคคลที่ปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.

2ส. ได้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁴⁾ จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาลักษณะงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.

2.1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทดสอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 6 ข้อ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.67

2.2 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตาม 3อ. 2ส.

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ. 2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 รวมจำนวน 13 ข้อ มีค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.77

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4-5 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ มีค่า Cronbach' Alpha Coefficient เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองและนัดพบกลุ่มควบคุมในวันถัดมาเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินวิจัย ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วยสำหรับประชาชนวัยทำงานตามวิธีปกติ โดยการแจกแผ่นพับและการติดป้ายโปสเตอร์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ. 2ส.ที่ศาลาประจำหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง มอบคู่มือการดูแลตนเองตาม 3อ.2ส. กล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติ ร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square ทดสอบการกระจายของข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม ด้วยสถิติ Kolomogorov-Smirnov test ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลทุกชุดมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงทำการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (รหัส P-EC 11-02-61) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมก่อนตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมตามความเป็นจริง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา และประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน/ค้าขาย ส่วนอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี อายุ 48-59 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 26-47 ปี พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะของข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้าน

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป		ร้อยละ		Chi-square	p-value
		กลุ่มทดลอง (n=30 คน)	กลุ่มควบคุม (n=30 คน)		
เพศ	ชาย	16.7	10.0	0.706	>0.05
	หญิง	83.3	90.0		
อายุ (ปี)	26-47	13.3	63.3	15.86	<0.05
	48-59	86.7	36.7		

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ		Chi-square	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=30 คน)	กลุ่มควบคุม (n=30 คน)		
สถานภาพสมรส				
โสด	16.7	10.0	0.706	>0.05
สมรส	83.3	90.0		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	66.7	53.3	1.111	>0.05
>มัธยมศึกษา	33.3	46.7		
อาชีพ				
อาชีพทำนา/ทำสวน/ค้าขาย	76.7	70.0	0.341	>0.05
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23.3	30.0		

อายุที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		T-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	43.83	6.87	45.73	6.20	-1.124	0.266
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	51.37	4.37	47.10	6.26	3.062	0.003
พฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	21.66	4.36	22	3.93	-0.310	0.757
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.93	2.99	22.83	3.46	3.708	<0.001

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

กลุ่ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Pair t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	43.83	6.87	51.36	4.36	-6.241	<0.001
กลุ่มควบคุม	45.73	6.20	47.10	6.26	-2.018	0.053
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	21.66	4.36	25.93	2.99	-7.316	<0.001
กลุ่มควบคุม	22.00	3.93	22.83	3.46	-1.737	0.093

วิจารณ์

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าการดำเนินงานตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนามาจากแนวคิดที่กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ที่ระบุไว้ว่า ประชาชนวัยทำงานจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและลดโรคทั้งโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ โดยการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งโปรแกรมในการวิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนในกลุ่มวัยทำงาน และเน้นการมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม โดยการสื่อสารความรู้ผ่านช่องทางและสื่อท้องถิ่น ให้ความรู้ 3อ.2ส. ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เสริมและพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับกลุ่มทดลอง

เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบการมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน เพื่อให้ได้รับข้อมูล 3อ.2ส. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ด้วยการบรรยาย ประกอบคู่มือการดูแลตนเองตาม 3อ.2ส. และโปสเตอร์ความรู้ 3อ.2ส. สาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เช่น การฝึกเลือกอาหาร ฝึกอ่านและทำความเข้าใจฉลากอาหาร ฝึกสติ ฝึกการออกกำลังกาย ด้วยการยืดเหยียดโยคะ การแกว่งแขน การเดินแอโรบิค ฝึกบันทึกพฤติกรรม 3อ.2ส. และการประเมินการปฏิบัติตามตาม 3อ.2ส. ของตนเอง ตามแบบประเมินตนเองตามตนเองด้วย 3อ.2ส. และวิเคราะห์หาสาเหตุของความเสี่ยงของตนเอง การอภิปรายกลุ่มภายหลังการได้รับความรู้ และในขณะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบตามประเด็น เห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และจะทำอย่างไรเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ.2ส. และการร่วมกันอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ.2ส. อย่างสม่ำเสมอ กับคู่มือของตนเอง ในขณะที่เข้าร่วมทำกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบหรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดีที่อยู่ในชุมชน การตัดสินใจเพื่อกำหนดและเขียนเป้าหมาย แนวทางการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ของตนเอง

ดำเนินการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ในรายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนการจัดปัจจัยแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการจัดให้มีช่องทางสื่อสารด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับชุมชนผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน มีมุนนิทรศการความรู้ที่ศาลาประจำหมู่บ้าน

นอกจากนี้ในการพัฒนาโปรแกรมยังได้ยึดหลักตามทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (adult learning theory) ที่มีแนวคิดว่าคุณใหญ่จะเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ที่มีอยู่ โดยหลักสำคัญของการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพคือ

- 1) ผู้ใหญ่จะต้องการความเป็นอิสระและนำตัวเอง (self-directed learning)
- 2) ประสบการณ์ของผู้ใหญ่ เป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ที่มีคุณค่า
- 3) มีความพร้อมที่จะเรียนรู้เมื่อสิ่งนั้นจำเป็นต่อชีวิตและสังคมของตนเอง
- 4) แนวทางการจัดการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติและยึดปัญหาเป็นศูนย์กลาง (practical, relevancy-oriented)
- 5) ต้องการความเคารพและพอใจกับการได้รับความเท่าเทียม (respect and prefer to be treated as equals)⁽²⁵⁾

การศึกษาผู้ใหญ่ยังเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่ดีอย่างมีสุขภาพที่ดี⁽⁹⁾ ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองจึงมีความรู้ ความเข้าใจ มีความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นตามไปด้วย^(26,27) ทั้งการมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้อย่างมีเหตุผล สามารถแสวงหาและตรวจสอบข้อมูล 3อ.2ส. จากหลายแหล่งได้ด้วยตนเอง สามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับในข้อมูล 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องและเพียงพอสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน ทบทวน ปรับเปลี่ยน

และปฏิบัติตามแผนเพื่อให้มีพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้องได้ สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล 3อ.2ส. ตามสื่อต่างๆ ได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกิน⁽²⁰⁾ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การแสดงบทบาทสมมติ การใช้ตัวแบบ การใช้ไลน์กลุ่ม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้าน และมีพฤติกรรมลดน้ำหนักในทุกด้านมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน⁽²¹⁾ ที่มีกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ การสนทนาเชิงวิพากษ์ การสะท้อนคิด การบรรยาย การสาธิต และการเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง⁽²²⁾ ที่มีกิจกรรมสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การใช้เทคนิค 3 คำถาม การจดบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2⁽²⁸⁾ โดยมีกิจกรรม พัฒนาการอ่าน การฟังข้อมูล การสืบค้นข้อมูล การคำนวณยา อาหาร วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และประเมินความสามารถของตนเอง และการเยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ

สรุปโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลายให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้มากกว่าการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามปกติ อย่างไรก็ตามการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้พบข้อจำกัดของการวิจัย ในด้านเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลบางส่วนที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำ จึงควรปรับปรุงเครื่องมือ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นอีกครั้งก่อนนำไปใช้⁽²⁹⁾ และคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีความแตกต่างกันด้านอายุ จึงควรควบคุมคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อไม่ให้มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของผลของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผล เพื่อศึกษาถึงระยะความคงทนของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ หรือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่วงวัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการหมู่บ้าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครที่ให้การสนับสนุนและร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2072-78.
2. Quinlan P, Price KO, Magid SK, Lyman S, Mandl LA, Stone PW. The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. *HSS J* 2013;9(1):42-9.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2559.
4. McCarthy D, Waite K, Curtis L, Engel K, Baker D, Wolf D. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Medicare* 2012;50(4):277-82.
5. Jordan J, Burchbinder R, Osborne R. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient and Education Counseling* 2010;79(1):36-42.
6. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization among the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66(8):1809-16.

7. Von Wagner C, Knight k, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behavior in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(12):1086-90.
8. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community population: a review of progress. *Health Promot Int* 2018;33(5):901-11.
9. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
10. อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/>
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
12. สุภัตรา ศรีวิเศษชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). *วารสารควบคุมโรค* 2560;43(4):379-90.
13. จุรีพร คงประเสริฐ, อิศารัตน์ อภิญา, บรรณาธิการ. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
14. คณะกรรมการอำนวยการการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
15. ภาณุวัฒน์ ปานเกต. 3 อ. 2 ส. ลดการเกิดโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
16. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: นวัตกรรมการพิมพ์; 2560.
17. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2561]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
18. Baker DW, Wolf M, Feinglass JM, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007;167(14):1503-9.
19. อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองดวง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต. คลองจอก อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2560;4(1):253-64.
20. สุภาพ พุทธปัญญา, นิจจรา ทูลธรรม, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2559;9(4):42-59.
21. อารยา เชียงของ. ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561. 271 หน้า.
22. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา สุนทรระกุล, ศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยธานี* 2561;45(3):253-64.
23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
24. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรู้

- ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hed.go.th/linkHed/333>
25. ทิศนา แคมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2553.
26. Becker MH. The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *J Health Soc Behav* 1977;18(4):348-66.
27. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract* 2012;13(1):49.
28. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2560;27(3):91-106.
29. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระบบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.

Abstract: Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People

Aurjit Sookpool, M.S.; Chonlada Kingmala, M.S.N.; Pawinee Pangsuk, M.S.N.; Thawatchai Yeanyoun, M.S.N.; Watchareewong Wongmun, B.S.N.

Boromarajonani College of Nursing, Surin Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):419-29.

Enhancing effects healthy literacy and health behaviors is important for leading to good health for the people. The objective of this study was to investigate the effects of healthy literacy and health behavior development program of working people. The study design was a quasi-experimental study. Working people who live in rural area, northeast, Thailand were randomly assigned to classes in this study. They were 30 and 30 peoples in the experimental group and control group respectively. The research instruments were (1) the health literacy development program that was developed based on Health Education Division's health literacy development concept. Activities included practice assessing and analyzing the causes of their own risk behaviors, educating group discussion, demonstration and return demonstration, practice of recording behavior, using role model of health care, mind contract and home visit, (2) a questionnaires of health literacy and health behavior. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The results revealed that after enrolling the program, mean of health literacy and health behavior in the experimental group were significant higher than before enrolling the program and higher than comparison group (p-value .05). The results of the research suggest that the health literacy development program improves healthy literacy and health behavior in working people and should conduct activities and evaluate continuously in order to be consistent with the changing context and encourage the persistence of health literacy and health behavior.

Keywords: health literacy, health behavior, working people