

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

เสถียร โนนน้อย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พัฒนา 4 ทักษะสำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ใช้เวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) และหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 3อ 2ส มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) จึงสรุปได้ว่า สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส, ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพิงพวยใต้ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

; E-mail:Satien6913@hotmail.com

Effect of Health Literacy and Health Behavior 3E 2S Development Program among People in Phingpuay Sub District Sirattana District, Srisaket Province

Satien Nonnoy¹

Abstracts

This study was a quasi-experimental case-control group research, pre-post test. Aim to evaluate the health literacy and health behavior 3E 2S development program among working people in Pingpuay Subdistrict, Sirattana District. Sisaket Province had a total of 60 samples: 1) an experimental group of 30 samples, and 2) a control group of 30 samples. The research tools used a health literacy and health behavior development program developed according to the concept of promoting health literacy by the Health Education Division, Ministry of Public Health, which included 4 important skills: 1) skills for accessing health information and services; 2) skills for understanding health information; 3) skills for evaluating health information and services; and 4) skills for applying health information and services. It took a total of 3 weeks. Data were collected through questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The research results found that after the experimental group participated in the program, scores of health literacy and 3E 2S behavior increased and were significantly different at the 0.05 level (P-value <0.001), and the experimental group participated in the program. They had higher scores on health literacy and 3E 2S behavior than the control group, and there was a statistically significant difference (P-value <0.001). It can be concluded that this program can be used to develop health literacy and health behaviors for people in the community by adjusting to suit the context of the people in each area to develop appropriate health behaviors to prevent various diseases, especially chronic non-communicable diseases.

Keywords: Health literacy, Health behavior 3E 2S, Working people

¹Public Health Technical Officer, Phingpuay Health Promoting Hospital, Sisaket Province ;

E-mail: Satien6913@hotmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐาน มาใช้เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนามาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) โดยกำหนดในยุทธศาสตร์การพัฒนา เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดการบริการสุขภาพ โดยมีจุดเน้น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ สนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาข้อมูลและระบบสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้านการป้องกันควบคุมโรคเพื่อยกระดับความรู้ทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอคือความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา

และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการ ทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจุดใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) จากแนวคิดของ Nutbeam (2000) อธิบายถึงความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล ทั้งข้อความที่เขียนและวาจาของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร อีกทั้ง การปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น ในระดับถัดมา (ระดับ 2) Communicative /Interactive Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น และระดับสูงสุด (ระดับ 3) Critical Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะ ในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ ในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดี อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี โดยเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเองป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรอง และเลือกgrabผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุน การร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564)

ในปัจจุบันสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ในปี 2564 โรคเรื้อรังคร่าชีวิตคนบนโลกสูงถึง 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 74 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และในส่วนนี้เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สูงถึง 17 ล้านคน โดยประเภทการเสียชีวิตส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง) มะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด) และโรคเบาหวาน (World Health Organization, 2022) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค จึงติดต่อไม่ได้ด้วยการสัมผัสคลุกคลีหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (Vector) หรือผ่านทางสารคัดหลั่งต่างๆ ซึ่งโรคไม่ติดต่อมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลให้โรคมีอาการและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2564) ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่ได้รับผลกระทบ

จากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตประชาชน โดยพบว่าสาเหตุการตายรายกลุ่มโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่าการตายส่วนใหญ่ของประชากรไทยทั้งเพศชายและหญิง มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ ในประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป โดยเพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.00 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.70 ส่วนเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดเช่นเดียวกับเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.90 ของการตายทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมา คือ โรคเบาหวานร้อยละ 14.80 (สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566) จากรายงานจำนวนและอัตราตาย ด้วย 5 โรค NCD ปี 2559-2563 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตั้งแต่ ปี 2559 – 2563 มีแนวโน้มความชุกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังของคนไทย คิดเป็น 114.10, 114.66, 113.93, 123.84 และ 124.65 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (NHES) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ปีพ.ศ.2551-2552, 2557-2558 และ 2562-2563 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่มีสถานการณ์ดีขึ้นเล็กน้อยได้แก่การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การกินผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน), ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ม²), ภาวะอ้วน ลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol ≥ 240 มก./ดล.) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวโน้มความชุก ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566)

จังหวัดศรีสะเกษเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีแนวโน้มของการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2566 มีอัตราความชุกของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3,894.40, 4,087.91, 4,267.75 และ 4,461.55 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปีเดียวกันมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7,621.93, 8,117.76, 8,552.54 และเพิ่มเป็น 9,001.42 คนต่อแสนประชากร

อำเภอศรีรัตนะ เป็นอีกหนึ่งอำเภอที่มีแนวโน้มการป่วยที่เป็นสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 โดยมีความชุกการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3,788.03, 3,959.91 และ 5,753.33 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปีเดียวกัน มีความชุกการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6,680.68, 7,206.14 และ 8,835.00 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ เป็นอีกพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับแนวโน้ม ในระดับอำเภอและระดับจังหวัด โดยมีอัตราความชุกของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2563 ถึง 2566 เป็น 3,206.41, 3,177.08, 3,342.33 และ 3,544.41 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และ ในปีเดียวกัน มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อัตรา 7,782.33, 8,084.53, 8,361.46 และ 8,375.66 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

จากแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่และนโยบายระดับชาติ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าประชากรวัยทำงานคือกำลังสำคัญและเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพไปยังประชากรวัยต่าง ๆ การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมและมีมาตรฐาน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ จาก

แนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน ของกองสุศึกษา (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษา, 2563) ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

- 1) พัฒนาศักยภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 2) พัฒนาศักยภาพการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
- 3) พัฒนาศักยภาพการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
- 4) เพื่อพัฒนาศักยภาพ การการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยนี้ จะสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะพัฒนาต่อไปให้ไปเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

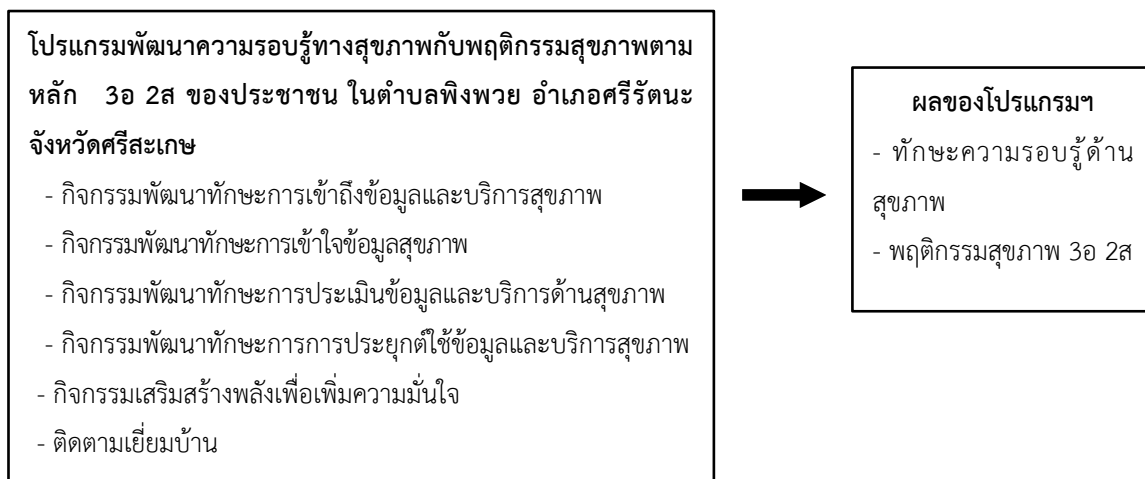
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปภาพ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (comparison group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3,388 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusions criteria)

- 1) เป็นบุคคลที่มีอายุ 35-59 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตตำบลพิงพวย
- 2) อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusions criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามระยะเวลาที่กำหนด
- 2) ผู้ที่ย้ายที่อยู่ระหว่างทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ได้จากการคำนวณ

กลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 โดยมี Effect size f^2 : 0.766311 (อ้างอิงจากคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน (เอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563))

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ยอมรับได้จำนวน 25 คน ต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทำการวิจัยจึงทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยพัฒนามาจากเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน ของกองสุขศึกษา (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา, 2563) จำนวนทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 เพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) เลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้ 2) รู้วิธีการค้นหาข้อมูล/สืบค้นแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพ และสามารถใช้อุปกรณ์ในการค้นหาได้ 3) ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ทัน่วงที และเพียงพอต่อความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ 4) จัดจำในข้อความ หรือเนื้อหาสาระที่สำคัญทางสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักเหตุและผลได้ กิจกรรมที่ 2 เพื่อพัฒนาทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ 1) ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองได้ 2) อธิบายถึงประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่ได้จากการการอ่านหรือฟังมาได้อย่างถูกต้อง และเพียงพอต่อความจำเป็นในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันได้ 3) ศึกษาข้อมูล เนื้อหาหรือแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างเข้าใจเช่น อ่านฉลากยา อาหาร เอกสาร รูปภาพ กราฟ ตารางข้อมูล กิจกรรมรณรงค์ เป็นต้น 4) กรอกข้อมูล หรือแบบฟอร์มด้านสุขภาพของหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้ถูกต้อง กิจกรรมที่ 3 เพื่อพัฒนาทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียภายใต้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม 2) วิเคราะห์เพื่อกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี 3) แสดงข้อมูลเพื่อหักล้างความเชื่อ ความเข้าใจผิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับความรู้และประสบการณ์ตามหลักวิชาการ 4) ไตร่ตรองเหตุผลพิจารณาคุณค่าแท้ตามความเป็นจริงของข้อมูลและแหล่งข้อมูล กิจกรรมที่ 4 เพื่อพัฒนาทักษะการการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวางแผน การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) การสังเกต การเตือนตนเอง กำกับตนเองและ ติดตามการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด 3) การจัดสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ของตนเอง 4) ประเมิน ทบทวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุตาม เป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรม ดังนี้ 1) เสริมสร้างพลังเพื่อเพิ่มความมั่นใจว่าผู้เข้าร่วมจะสามารถปฏิบัติได้ 2) ติดตามผลการปฏิบัติตัวตามแผนที่วางไว้

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรม ดังนี้ 1) ติดตามเยี่ยมบ้านการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส 2) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา, 2565) โดยเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ไม่เคยทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก ครอบคลุม 4 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษาดูกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา, 2565) โดยประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ได้แก่ ด้านพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่

ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงระดับปฏิบัติทุกวัน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ค่าสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ค่าสถิติ Independent t-Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-170 รับรองตั้งแต่วันที่ 12 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 11 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 45.43 ปี (S.D. =7.70) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.34 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.67 รายได้เฉลี่ย 7,573 บาท (S.D.= 6,572.24)

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 48.37 ปี (S.D. =6.51) สถานภาพสมรส ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 63.34 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 90 รายได้เฉลี่ย 5,303.33 บาท (S.D.= 3,134.18)

เมื่อเปรียบเทียบอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent T- test พบว่าอายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (P-value 0.116)

2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 56.67 (S.D.=8.51) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 68.33 (S.D.=4.29) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีโดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.60 และ 14.53 ตามลำดับ (S.D.= 2.93 และ 2.52 ตามลำดับ) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.20 และ 16.80 ตามลำดับ (S.D.= 1.47 และ 1.69 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001) ส่วนทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.67 และ 13.87 ตามลำดับ (S.D.= 2.93 และ 2.36 ตามลำดับ) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม

มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.80 และ 17.53 ตามลำดับ (S.D.= 1.35 และ 1.33 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่า มีทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่ม ทดลองด้วยสถิติ Paired T- test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.60	2.93	ดี	17.20	1.47	ดีมาก	-5.761	<0.001*
ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	14.53	2.52	ดี	16.80	1.69	ดีมาก	-5.574	<0.001*
ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.67	2.93	พอใช้	16.80	1.35	ดีมาก	-6.101	<0.001*
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.87	2.36	พอใช้	17.53	1.33	ดีมาก	-10.571	<0.001*
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	56.67	8.51	ดี	68.33	4.29	ดีมาก	-9.308	<0.001*

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า คะแนนพฤติกรรม 3อ 2ส ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 43.87 (S.D.=8.51) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 56.47 (S.D.=3.88) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 19.93, S.D. = 6.19) การออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 5.63, S.D. = 3.06) การจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 6.08, S.D. = 3.06) และการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 7.37, S.D. = 2.19)

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 25.90, 8.50, 8.43 และ 8.90 ตามลำดับ (S.D.=2.60, 0.86, 1.07 และ 1.29 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001, <0.001, 0.012, 0.001 ตามลำดับ) ในส่วนการดื่มสุราก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.13 (S.D.=1.55) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.73 (S.D.=0.58) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value 0.068) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรม 3อ 2ส ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired T- test

พฤติกรรม 3อ 2ส	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การบริโภคอาหาร	19.93	6.19	พอใช้	25.90	2.60	ดีมาก	-4.913	<0.001*
การออกกำลังกาย	5.63	3.06	ไม่ดี	8.50	0.86	ดีมาก	-6.176	<0.001*
การจัดการความเครียด	6.80	3.06	พอใช้	8.43	1.07	ดีมาก	-2.698	0.012*
การสูบบุหรี่	7.37	2.19	ดี	8.90	1.29	ดีมาก	-3.776	0.001*
การดื่มสุรา	4.13	1.55	ดีมาก	4.73	0.58	ดีมาก	-1.895	0.068
รวมคะแนนพฤติกรรม	43.87	8.51	พอใช้	56.47	3.88	ดีมาก	-7.352	<0.001*

3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 68.33 (S.D.=4.29) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 62.00 (S.D.=6.13) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาทางด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.20,

16.80, 16.80 และ 17.53 ตามลำดับ (S.D.= 1.47, 1.69, 1.35 และ 1.33 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.40, 15.83, 14.90 และ 15.87 ตามลำดับ (S.D.= 1.89, 2.09, 1.85 และ 1.81 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($P\text{-value} 0.053$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Independent T- test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	17.20	1.47	ดีมาก	15.40	1.89	ดี	-4.121	<0.001*
ทักษะการเข้าใจข้อมูล สุขภาพ	16.80	1.69	ดีมาก	15.83	2.09	ดี	-1.972	0.053
ทักษะการประเมินข้อมูล และบริการสุขภาพ	16.80	1.35	ดีมาก	14.90	1.85	ดี	-4.553	<0.001*
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล และบริการสุขภาพ	17.53	1.33	ดีมาก	15.87	1.81	ดี	-4.056	<0.001*
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	68.33	4.29	ดีมาก	62.00	6.13	ดี	-4.637	<0.001*

3.2 พฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมตามหลัก 3 ข้อ อยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 56.47 (S.D.=3.88) และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 45.77 (S.D.=6.26) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมตามหลัก 3 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การสูบบุหรี่ระดับดี และการดื่มสุราระดับ ดีมาก ($\bar{x}$ = 25.90, 8.50, 8.43, 8.90 และ 4.73 ตามลำดับ, S.D. = 2.60, 0.86, 1.07, 1.29 และ 0.58 ตามลำดับ) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุม มีการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 19.93 และ 6.20 ตามลำดับ, S.D. = 4.05 และ 1.45 ตามลำดับ) การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราระดับดี ($\bar{x}$ = 7.90, 7.83 และ 3.90 ตามลำดับ, S.D. = 1.71, 1.91 และ 1.24 ตามลำดับ)

เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001, <0.001, 0.015 และ 0.002 ตามลำดับ) การจัดการความเครียด ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value 0.154) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม 30 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Independent T- test

พฤติกรรม 30 2ส	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
การบริโภคอาหาร	25.90	2.60	ดีมาก	19.93	4.05	พอใช้	-6.786	<0.001*
การออกกำลังกาย	8.50	0.86	ดีมาก	6.20	1.45	พอใช้	-7.478	<0.001*
การจัดการความเครียด	8.43	1.07	ดีมาก	7.90	1.71	ดี	-1.448	0.154
การสูบบุหรี่	8.90	1.29	ดีมาก	7.83	1.91	ดี	-2.528	0.015*
การดื่มสุรา	4.73	0.58	ดีมาก	3.90	1.24	ดี	-3.327	0.002*
รวมคะแนนพฤติกรรม	56.47	3.88	ดีมาก	45.77	6.26	พอใช้	-7.958	<0.001*

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถนำมาอภิปรายผล การศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส อยู่ในระดับพอใช้ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส โดยการพัฒนาทักษะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) ทักษะการการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีทักษะที่ดีขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ เกิดความมั่นใจและตระหนักในการดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพ

ตามหลัก 30 2ส ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อำนวย เนียมหมื่นไวย (2561) ที่ทำการการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แต่ไม่สอดคล้องในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส เนื่องจากพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกัน เพียงพฤติกรรมด้านควบคุมปริมาณอาหารและรสชาติไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฤดี กนกกระโทก และชลดา งามสำโรง (2566) ที่ได้ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลงาช้างเหนือ อำเภอบึงขัง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมกำกับตนเองฯ มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระดับดีมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระดับพอใช้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส โดยการพัฒนาทักษะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) ทักษะการการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีทักษะที่ดีกว่า ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้เกิดความมั่นใจและตระหนักในการดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มากกว่า ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ทั่วไป ตามมาตรฐานบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของกลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2565) ที่มีแนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ของประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าคุณค่าที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัย

เสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคลเอง ชุมชน และสังคม อันจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี และยิ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam D. (2000) ที่มีความเห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความหมายมากกว่าการอ่านแผ่นพับและนัดหมายได้สำเร็จ ด้วยการปรับปรุงในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนและความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาสุขภาพ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2563) ได้ทำการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจหลักของการนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทดลองยังมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 บุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมนี้นำไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ควรมีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน เพื่อลดปัจจัยกวนที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ หลังการทดลองให้ได้มากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผล เพื่อศึกษาถึงระยะความคงทนของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการวางแผน ในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายสุรพล ศรีพนมธนากร นายอำเภอศรีรัตนะ นายแพทย์ทง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายแพทย์พงศนาล หาญเจริญพิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนะ นางสาวศรีสมบูรณ์ คำผิง สาธารณสุขอำเภอศรีรัตนะ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น ท้องถิ่นในเขตอำเภอศรีรัตนะ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (14 มิถุนายน 2565).

อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.). เข้าถึงได้จาก สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1000-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B>

<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>.

กองโรคไม่ติดต่อ. (18 มกราคม 2565). จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559 - 2563. เข้าถึงได้จาก กองโรคไม่ติดต่อ: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>.

กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14502&tid=30&tid=&gid=1-015-005>.

กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขภาพศึกษา. (22 พฤษภาคม 2563). รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน. เข้าถึงได้จาก กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: <http://www.hed.go.th/linkHed/408>.

กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขภาพศึกษา. (29 ธันวาคม 2565). 4.คู่มือการดำเนินงานสุขภาพศึกษาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: <http://203.157.7.66/linkHed/458>.

ณัฐวุฒิ กกกะโทก และชลดา งอนสำโรง. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 9(1), 115-129.

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.

(2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์ จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2564). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.

นนทบุรี: บริษัท เอ ดรีม สตูดิโอ จำกัด.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

(2566). การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท แอนดี เพรส จำกัด. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/e-book/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%8D%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0-disability-adjusted-life-yea/>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (18 กันยายน

2566). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.

เข้าถึงได้จาก HDC: <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). รายงานฉบับสมบูรณ์

เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อำนาจ เนียมหมื่นไวย. (2561). ประสิทธิภาพของ

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 4(2), 78-92.

เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แผงสุข, ธวัชชัย

ยืนยาว, และวัชรวิงค์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3), 421-429.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.

World Health Organization. (16 September 2022). Noncommunicable disease. Retived from; World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact->.