

การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่
ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

Development of Health literacy and health behavior of village health volunteers (VHVs)
regarding communicable and non-communicable diseases in Ban Muang Subdistrict, Ban
Dung District, Udon Thani Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

จรรยา คุณภาที¹
JANYA KUNPHATEE¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 82 คน ทำการสุ่มเลือกรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) ดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าโดยใช้สถิติ Independent Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 56.10 อายุเฉลี่ย 56.34 ปี (Min=37 ปี , Max=84 ปี , S.D.=9.21) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 37 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.60 รายได้เฉลี่ย 7,148 บาท/เดือน (Min=1,200 บาท , Max=50,000 บาท , S.D.= 6,881.16) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 19.82 ปีโดยเป็น อสม. มากกว่า 30 ปี ร้อยละ 30.49 (Min=1ปี,Max=46 ปี,S.D.= 11.92) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี (X=22.3,S.D.=3.06) ระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (X=6.41,S.D.=5.05) ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้สุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) ยกเว้นพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุข,ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

The purpose of this Quasi Experimental Research: A single-group study measuring results before and after One Group Pretest-Posttest Design to evaluate the health literacy and health behavioral development model of communicable and non-communicable diseases among village health volunteers. In Ban Muang Subdistrict, Ban Dung District, Udonthani Province. The sample was public health volunteers. In Ban Dung District, Udonthani Province, 82 people randomly selected a list of public health volunteers to represent the sample using a systematic randomization method. Conduct experiments by providing the target audience with educational activities and practical exercises, including 12 Weeks. Data were collected using questionnaires and data were analyzed using statistics of percentage, mean, standard deviation. Analyze the difference in values using the Independent Paired t-test, determining the statistical significance level at the level of 0.05.

The result of the study found that Female 56.10%, average age 55.87 years (Min=20 years,Max=84years,S.D.=10.8541)Marital status 80.50%,primary school education 37%. Occupation: Agriculture,75.60

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

percent, average income 7,148 baht/month (Min=1,200 baht, Max=50,000 baht, S.D.= 6,881.16), average duration of being a village health volunteer is 19.82 years, with more than 30 years of being a village health volunteer, 30.49 percent (Min =1 year, Max=46 years, S.D.= 11.92) The overall level of health literacy is at a good level. (X=22.3, S.D.=3.06) The overall level of health behavior is at a fair level. (X=6.41, S.D.=5.05) After participating in the model for developing health literacy and health behavior regarding communicable and non-communicable diseases of village health volunteers (VHVs), it was found that there was an average score of Health knowledge and the average score in health behavior was significantly better than before entering the program (p-value<0.05), except for smoking behavior.

Keywords : Public Health Volunteers, Health Literacy

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติ ของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลของ องค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบ ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติ ของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองทุนศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹

ระหว่างปีพ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิต มีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปีพ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อ ที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีหลักที่มีรสหวาน เค็มเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราลดลงเล็กน้อยกิจกรรมทางกายที่ลดลง²

ในการคัดกรองสุขภาพกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2563-2566 คิดเป็นร้อยละ 41.70 38.63 39.85 และ 30.91 ตามลำดับ³ สำหรับวัดโรคในประเทศไทยพบว่าจังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดที่ติด 1 ใน 10 ของประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำสูง โดยปี 2564 พบ 834 ราย⁴ รายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่รอบ 1 ต.ค. 2565-31 ธ.ค. 2565 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 816 ราย (ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย 2,223 ราย) (ข้อมูลรายงานโปรแกรม NTIP วันที่ 27 ก.พ. 2566) ส่วนในพื้นที่รพ.สต. บ้านม่วง ปี 2566 จำนวนผู้ป่วยวัณโรค 28 คน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 707 คน

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลที่จะทำได้มีประสิทธิภาพของตนเองและตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy :

HL) เพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี เป้าหมาย คือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยวัยทำงานของกองสุศึกษา ปี 2565 พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.46 รองลงมาระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 36.46 ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 5.52 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 4.56 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) พบว่า กลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 47.88 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 22.63 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 17.00 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 12.50 กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 84.21 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับพอใช้ขึ้นไป หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้เล็กน้อยถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 67.63 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับดีขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลบ่อยขึ้นและมีอัตราการตายสูงขึ้น แต่ถ้ามีความรอบรู้ระดับพื้นฐาน

สูงเพียงพอจะทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี⁶ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในการเผยแพร่สารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ การให้คำแนะนำและส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (change agent) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ชุมชนที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี ช่วยลดภาระทางด้านค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากบุคคลในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีมาตรการการป้องกันและค้นหาการรักษาที่เหมาะสม ความรู้ทั้งหลายเหล่านี้จะทำให้ชุมชนสามารถรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะทำโครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโรคติดต่อและไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและประชาชนในชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในเขตพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 104 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยคำนวณตามสูตรของ weiers (2005:350) ได้จำนวน 82 คนที่มีประชากรจำนวนที่แน่นอน ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง
N คือ จำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณวิจัย

Z คือ ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 0.05 เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.50

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05

จากสูตรข้างต้นนำมาใช้ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 104 คน สามารถนำมาแทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (104 \times 0.5) \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (104-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

$$n = \frac{3.841 \times 52 \times 0.5}{(0.0025 \times 103) + (3.841 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{99.866}{0.2575 + 0.96025}$$

$$n = 82.025$$

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มเลือกรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเทียบสัดส่วน (Quota Sampling) จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข โดยในแต่ละ

หมู่บ้านจะมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 104 คน แล้วทำการเทียบสัดส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด เพื่อเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน มีโอกาสได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าๆกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มเลือกรายชื่อ อสม. เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ด้วยวิธีดังนี้ 1) นำข้อมูลรายชื่อ อสม. มาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร จาก ก ถึง ฮ 2) คำนวณระยะห่างของการเลือกตำแหน่งตัวอักษร โดยใช้สูตร

$$K = N1/n1$$

$$= 104/82$$

$$= 1$$

3) สุ่มหยิบรายชื่อตามตัวอักษร ตำแหน่งที่ 1 เป็นตัวอย่างที่ 1 หลังจากนั้นนับตำแหน่งตัวอักษรตามลำดับที่ K แล้วเลือก รายชื่อที่ได้เป็นตัวอย่างที่ 2 4) หยิบรายชื่อโดยมีระยะห่าง = K ไปจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1.) เป็น อสม. ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี 2) เข้าร่วมเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือนในวันที่เข้าร่วมการศึกษา 3) อ่านออก เขียนได้ เข้าใจภาษาไทย 4) สนใจ เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้สมัครใจเข้าร่วมศึกษามีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน 2) ผู้สมัครใจเข้าร่วมศึกษาย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์กรประกอบ 6 ข้อ เข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ,

ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พื้นฐาน
ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ,ประโยชน์ของความรอบรู้
ด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 การอบรมให้ความรู้ ได้แก่ การ
เสริมสร้างสภาวะทางร่างกายด้วยการดูแลสุขภาพ
เบื้องต้น (3อ 2ส),การประเมินภาวะสุขภาพของ
ตนเองและวางแผนสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
,ฝึกการประเมินภาวะสุขภาพจิต 2Q 9Q,การฝึก
ปฏิบัติทักษะการแปรสัญลักษณ์รูปภาพ กราฟ ตาราง
/ การบันทึกข้อมูลทางการบริการ / การใช้สมุด
ประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง /การอ่านแผ่นพับความรู้ /
ฉลากยา ฉลากอาหาร

กิจกรรมที่ 3 การอบรมให้ความรู้ ได้แก่
ความรู้เรื่องโรคโรคติดต่อในชุมชน โรคระบบทางเดิน
หายใจ โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู,ความรู้เรื่องโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โรคความดันโลหิตสูง
โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ภาวะ
อ้วนลงพุง,ฝึกทักษะกิจกรรมออกกำลังกาย แอโรบิก
บาสโลบ,กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 4 การอบรมให้ความรู้ ได้แก่
บทบาทของสม.กับการเป็นผู้นำสุขภาพชุมชน /
กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการ
สุขภาพชุมชน,เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การร่วมประชุม
รร.อสม. ประชุม พชต. ประชุมกองทุนสุขภาพท้องถิ่น
LTC.

2.แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและ
ประชาชนวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กอง
สุศึกษา⁵ โดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
จำนวน 7 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้
ด้านสุขภาพ

มี 4 องค์ประกอบ จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภค
อาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การป้องกัน

โรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 24 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำ
โปรแกรมที่ออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและ
แก้ไข แบบประเมินผลใช้เครื่องมือมาตรฐานจากกอง
สุศึกษา จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิง
เนื้อหาของเครื่องมือ ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น
(Reliability) ใช้การศึกษาของนิตยา ปัญญา⁹ เรื่อง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน
และพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ
0.96

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้ จากการศึกษา
และรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ (Frequency)
ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเฉลี่ยและ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
ค่าสูงสุด (Maximum) ค่า ต่ำสุด (Minimum) สถิติ
เชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่า
คะแนนเฉลี่ยก่อนการให้ความรู้ และหลังการให้
ความรู้ ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ
พฤติกรรมสุขภาพ ใช้วิธีการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ
ทดสอบ Dependent Paired t-test โดยพิจารณาค่า
P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมี นัยสำคัญทาง
สถิติ (Significantly และรายงานผลเป็นค่า Mean
differences, P-value และ 95% Confidence
Interval

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ
พิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการUDREC 6667 ลงวันที่
23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็น เพศหญิงร้อยละ 56.10 อายุเฉลี่ย 56.34 ปี
(Min=37 ปี , Max=84 ปี , S.D.=9.21)สถานภาพ
สมรสคู่ ร้อยละ 80.50 จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 37.80 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.10 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.60 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 13.40 รายได้เฉลี่ย 7,148 บาท/เดือน โดยมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.90 รองลงมา มากกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 26.83 ($X=7,148$ บาท, $Min=1,200$ บาท, $Max=50,000$ บาท, $S.D.=6,881.1645$) ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 19.82 ปี โดยเป็น อสม. มากกว่า 30 ปี ร้อยละ 30.49 รองลงมา 20-29 ปี ร้อยละ 24.39 ($Min=1$ ปี, $Max=46$ ปี, $S.D.=11.9255$)

2. สถานะความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. สถานะความรู้ด้านสุขภาพของ อสม พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=22.34$) แยกย่อยข้อ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=23.54$) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=23.80$) การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=24.02$) การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($X=23.43$) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=23.10$) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=16.12$)

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=6.41$) แยกย่อยข้อพบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=3.06$) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=7.59$) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=3.42$) พฤติกรรมด้านการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=4.37$) พฤติกรรมด้านการใชยาอย่างสมเหตุผล อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=2.58$) พฤติกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=4.35$)

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของ อสม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ($n=82$)

ความรู้ด้านสุขภาพของ อสม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	23.55	3.33	25.65	1.99	8.621	.00*
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	23.80	3.69	25.62	2.03	7.294	.00*
การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	24.02	3.95	25.73	2.29	6.79	.00*
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	23.43	3.98	25.40	2.04	6.605	.00*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	23.10	4.07	25.59	2.31	6.077	.00*
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	16.12	3.06	25.29	2.29	7.489	.00*

$p\text{-value}<0.05$, Paired Sample T-test

5.การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หลังเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า ด้าน

การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันวัณโรค การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการป้องกันโควิดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) (ตารางที่ 2) ยกเว้นการสูบบุหรี่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การบริโภคอาหาร	16.12	3.06	19.33	1.89	20.444	.00*
การออกกำลังกาย	7.59	1.80	9.26	.73	9.408	.00*
การสูบบุหรี่	3.42	1.85	3.57	0.55	.691	.492
การป้องกันวัณโรค	4.37	.49	13.18	1.12	9.689	.00*
การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	2.58	1.26	12.02	.22	11.161	.00*
การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	34.35	.935	39.21	2.44	15.838	.00*

$p\text{-value}<0.05$, Paired Sample T-test

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า สถานะความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=22.34$) แยกรายข้อ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=23.54$) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=23.80$) การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=24.02$) การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=23.43$) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=23.10$) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=16.12$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อการวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเองยกเว้นด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564)¹⁰ ที่พบว่า ความรอบรู้ของ อสม. ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับ นิสา ปัญญา(2563)⁹

พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 10 ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากและสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี ตันตรานนท์และคณะ¹¹ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง สอดคล้องกับจิตติยา ใจคาและคณะ (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.31 สอดคล้องกับประภัสสร จ่างแสงใส และคณะ (2557)¹² ได้ศึกษากรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่าขาดทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งศักยภาพของ อสม. ในการให้ความรู้แก่ชุมชนอาจด้อยลง หากมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังขาดความมั่นใจในการ

แนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาประกอบด้วยในกระบวนการสรรหา อสม. เพราะมีความสัมพันธ์ต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 6.41$) แยกรายข้อพบว่าพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.06$) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 7.59$) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 3.42$) พฤติกรรมด้านการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 4.37$) พฤติกรรมด้านการใชยาอย่างสมเหตุผล ผลอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 2.58$) พฤติกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 4.35$) ซึ่งขวัญเมือง แก้วดำเกิง(2554)⁶ พบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลบ่อยขึ้น และมีอัตราการตายสูงขึ้น แต่ถ้ามีความรอบรู้ระดับพื้นฐานสูงเพียงพอจะทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง) ในฐานข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่ติดอยู่ใน 10 อันดับของประเทศสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรารค์ และคณะ (2561)¹³ ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม อยู่ระหว่าง 17-92 คะแนน จากคะแนนเต็ม 96 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 6.0 เท่านั้น ที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 94.0 เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและก้ำกึ่ง เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย อยู่ในระดับถูกต้องสูง

ร้อยละ 66.9 ในขณะที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 42.4 การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 60.6 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 44.5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.0 และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 48.9 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อายุ ระดับการศึกษาการประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับเบญจวรรณ บัวชุม(2562)¹⁴ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.77 และระดับพอใช้คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเล็กน้อย ร้อยละ 9.87 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา ใจคาและคณะ(2564)¹⁵ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์ ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.87 คลายเครียดด้วยการพักผ่อนมากที่สุด ร้อยละ 86.83 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.12 และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.59 นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.12, p < .05$) ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะพบว่า อสม. มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.80 ส่งผลให้การปฏิบัติตัวในระดับที่ไม่ดีได้

ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถาม เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของเบญจวรรณ ถนอมชัยวิชช์ และคณะ¹⁶ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในระดับมาก ร้อยละ 72.0 และรัฐพล อินทวิชัยและคณะ¹⁷ ได้จัดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันโควิด-19 พบว่า อสม. มีการปฏิบัติตามบทบาทเพิ่มขึ้น

ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันวัณโรค การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลและการป้องกันโควิด เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ยกเว้นการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับพิศมัย สุขอมรัตน์, (2562)¹⁸ น่าจะเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมและปลูกฝังให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในเรื่องของ การล้างมือและการใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมให้กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่างๆ และมีแนวทางสำหรับการส่งเสริมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับประชาชน แต่ในขณะเดียวกันปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขหลายด้านเช่น ส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรค ฟื้นฟู และติดตามดูแล รวมทั้งภาระที่ต้องรับผิดชอบที่บ้าน การทำงาน ประกอบอาชีพ การเลี้ยงดูครอบครัวตนเอง การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรกร อาสาสมัครป้องกันฝ่ายพลเรือน เป็นต้น ทำให้มีเวลาไม่เพียงพอในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำโปรแกรมไปขยายในกลุ่ม อสม. พื้นที่อื่นๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านความรู้ด้านสุขภาพต่อไป เพื่อให้สามารถนำไปถ่ายทอดต่อแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มที่สูบบุหรี่ควรมีการประเมินภาวะการเสพติดบุหรี่และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เพื่อจัดการเข้าสู่โปรแกรมการเลิกบุหรี่
2. ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องหลังการพัฒนาครบ 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อติดตามผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาอย่างยั่งยืน
3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และท่านอื่นๆ ที่ได้กรุณาให้ความสะดวก ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมควบคุมโรค. 2562. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.

3. HDC.ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). เข้าถึงได้จาก:
<http://udn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> ออนไลน์ 20 ธันวาคม 2566.
4. กองโรค,2564. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรคประเทศไทย ออนไลน์ www.tbthailand.org. ออนไลน์ 27 กุมภาพันธ์ 2566.
5. กองสุกศึกษา. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2565.กรุงเทพฯ.2565.
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;9(2):1-8.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
8. Nutbeam D. The evolving concept of Health literacy. Soc Sci Med. 2008;67:2072-8.
9. นิสา ปัญญา.ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 10. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง เมื่อ 13ธันวาคม 2566].
เข้าถึงได้จาก: ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน (moph.go.th)
10. จุฑาภรณ์สว่างเมฆ.ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบจังหวัดกระบี่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565;6(3):121-129
11. กัลยาณี ตันตรานนท์ อนนท์ วิสุทธิ์ธนาณท์ เดชา ทำดี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่ พยาบาลสาร 46 (4) 49-58
12. ประภัศกร งามแสงใส, ปติรดา ศรีเสียน, สุวรรณ ภัทรเบญจพล. กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. ว.เภสัชศาสตร์อีสาน 2557;9:82-7.
13. วรณรัตน์ รัตนวรงค์. วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima.2561;24(2):34-51.
14. เบญจวรรณ บัวชุม.ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจั่ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.2563;16(3): 49-58.
15. จิตติยา ใจคาและคณะ.ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564;8(2):1-24.
16. เบญจวรรณ ถนอมชยวัช, รัชยานภิศ รัชตะวรรณ, บุญประจักษ์ จันทรวิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(12):360-75.
17. รัฐพล อินทวิชัย,บรรจบ แสนสุข,สวีนีย์ ทองแก้ว,ประเสริฐ ประสมรักษ์,กรกวรรณ ดารุณิกร.ผลการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2566;21(1):23-36.
18. พิศมัย สุขอมรรัตน์,พินญาดา อาภัยฤทธิ์. ประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบายชุมชนสร้างสุข : “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึง เมื่อ 13ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.hed.go.th/linkHed/387>